T.C.
SELÇUK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

DOĞURGANLIK ÇAĞINDAKİ KADINLARIN İSTENMEYEN GEBELİK KARŞISINDAKİ DURUM VE TUTUMLARI

Ayşegül PARLAKYILDIZ BİLECEN

YÜKSEK LİSANS TEZİ

SAĞLIK YÖNETİMİ ANABİLİM DALI

Danışman
Dr. Öğr. Üyesi Emel FİLİZ

KONYA 2021

T.C.
SELÇUK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

DOĞURGANLIK ÇAĞINDAKİ KADINLARIN İSTENMEYEN GEBELİK KARŞISINDAKİ DURUM VE TUTUMLARI

Ayşegül PARLAKYILDIZ BİLECEN

YÜKSEK LİSANS TEZİ

SAĞLIK YÖNETİMİ ANABİLİM DALI

Danışman
Dr. Öğr. Üyesi Emel FİLİZ

KONYA 2021

ÖNSÖZ

Çalışmama katılmayı gönüllü olarak kabul eden değerli katılımcılara,

Hayatımın her aşamasında büyük emeği olan, bütün kararlarımın arkasında ve yanımda duran, sonsuz sevgi ve desteklerini hiçbir zaman esirgemeyen sevgili aileme,

Her anımda yanımda olan ve cesaretlendiren, her konuda sevgi ve anlayışla beni destekleyen canım eşim İsmail Hakkı BİLECEN ’e ve bal kızım Asel Duru BİLECEN ’e çok teşekkür ederim.

Ayşegül PARLAKYILDIZ BİLECEN

Konya/2021

İÇİNDEKİLER

SİMGELER VE KISALTMALAR iv
ÖZET v
SUMMARY vi
1. GİRİŞ 1
1.1. Sağlık Hakkı 3
1.2. Üreme Hakları 4
1.3. Türkiye' de Kadın Sağlığının Durumu 7
1.3.1. Toplumsal Cinsiyet ve Sağlık 8
1.4. Türkiye' de Aile Planlaması ve Politikaları 10
1.4.1. Aile Planlaması Yöntemlerinin Kullanım Durumu 14
1.4.2. Karşılanmamış Aile Planlaması 14
1.5. İstenmeyen Gebelikler 16
1.5.1. İstenmeyen Gebeliklerin Nedenleri ve Önlenmesi 16
1.5.2. İstenmeyen Gebeliklerin Sonlandırılması 17
1.5.3. Sağlık Hizmetlerinin Planlanması ve İstenmeyen Gebelikler 18
1.5.4. Sağlık Hizmetleri Talebi ve İstenmeyen Gebeliklerin Sonlandırılması 19
1.5.5. İstenmeyen Gebeliklerin Sonlandırılmasını Planlama ve Yönetme 21
1.6. Düşükler 22
1.6.1. Kendiliğinden Düşük (Spontaneous Abortion) 23
1.6.2. İstemli Düşük (Induced Abortion) 24
1.6.3. İsteyerek Düşükler ve Etkileyen Faktörler 24
1.6.4. İsteyerek Düşükler ve Aile Planlaması Kullanımı 26
1.7. Güvenli Olmayan Düşükler 26
1.7.1. Güvenli Olmayan Düşük Yöntemleri ve Olası Sonuçları 27
2.GEREÇ VE YÖNTEM 29
2.1. Araştırmanın Amacı 29
2.2. Araştırmanın Türü 29
2.3. Araştırmanın Yapıldığı Yer 29
2.4. Araştırmanın Örnekleme Yöntemi ve Örneklemi 29
2.4.1. Çalışmaya Dahil Etme Kriterleri 30
2.4.2. Çalışmadan Dışlama Kriterleri 30
2.5. Veri Toplama Aracı ve Yöntemi 30

2.6. Araştırmanın Etik Yönü ve Resmi İzin 31
2.7. Araştırmanın Geçerliliği 31
2.8. Araştırmanın Sınırlılıkları 31
2.9. Verilerin Analizi 31
2.10. Araştırma Soruları 32
3. BULGULAR 35
3.1. Katılımcıların Demografik ve Obstetrik Özellikleri 35
3.2. Kadınların İstenmeyen Gebelik Karşısındaki Tutumları ve Etkileyen Faktörlere İlişkin Bulgular 36
4.TARTIŞMA 46
5. SONUÇ VE ÖNERİLER 56
5.1. Sonuçlar 56
5.2. Öneriler 56
6.KAYNAKLAR 59
7. EKLER 65
EK-A: Görüşme Soruları 65
EK-B: Aydınlatılmış Onam Formu 67
8.TURNİTİN RAPORU 68

SİMGELER VE KISALTMALAR

AP: Aile Planlaması

BM: Birleşmiş Milletler

CEDAW: Birleşmiş Milletler Kadına Karşı Her Türlü Ayrımcılığın Önlenmesi Sözleşmesi (Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination Against Women)

CSÜS: Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

FWCW: Dördüncü Dünya Kadın Konferansı (Fourth World Conference on Women)
HIV: İnsan İmmün Yetmezlik Virüsü (Human Immunodeficiency Virus)

ICPD: International Conference on Population and Development (Uluslararası Nüfus ve Kalkınma Konferansı)

IPPF: Uluslararası Aile Planlaması Federasyonu

KOK: Kombine Oral Kontraseptifler

MVA: Manuel Vakum Aspirasyon

RİA: Rahim İçi Araç

TCK: Türk Ceza Kanunu

TNSA: Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması

ÖZET

T.C.
SELÇUK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

Doğurganlık Çağındaki Kadınların İstenmeyen Gebelik Karşısındaki Durum ve Tutumları

Ayşegül PARLAKYILDIZ BİLECEN

Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı

YÜKSEK LİSANS TEZİ/ KONYA-2021

İstenmeyen gebelikler ve bunun sonucunda yaşanan isteyerek düşükler önemli bir kadın sağlığı sorunudur ve doğurganlık dönemindeki kadınların ölüm nedenleri arasında ilk sıralarda yer almaktadır. Kadın ve çocuk sağlığının belirleyicilerinden olan isteyerek düşüklerin sağlık hizmetlerindeki yerini bilmek önemlidir. Bu çalışmanın amacı, kadınların istenmeyen gebelik ve isteyerek düşük deneyimlerini ve bu süreci oluşturan koşulları betimlemektir. Çalışma, kişilerin ifade etmeye zorlandığı konularda dolaylı bilgi alınmasına ve kişiyle birebir derinlemesine görüşmeyle ayrıntılı bilgi toplanmasına olanak tanıyan nitel veri toplama teknikleri kullanılarak yürütülmüştür. Çalışma grubunu, kartopu ve amaçlı örneklem yöntemi ile istenmeyen gebelik deneyimi olan 13 kadın katılımcı oluşturmaktadır. Veriler yarı yapılandırılmış görüşmeler yoluyla toplanmış ve güvenirliliği değerlendirilmiştir. Katılımcılara sorulan kendilerini tanıtıcı demografik, obstetrik ve kadınların istenmeyen gebelik karşısındaki durum ve tutumları ile sonucunu etkileyen faktörlere ilişkin sorular yöneltilmiştir. Yapılan analizler sonucunda; katılımcıların deneyimlerine göre istenmeyen gebeliklerin ortaya çıkmasında; aile planlaması yöntemlerinin kullanılmamasından veya yanlış kullanılmasından kaynaklandığı görülmüştür. Katılımcıların istenmeyen gebelik karşısındaki tutumları aile içi geçimsizlik, evlilik dışı gebelik, son çocuğun küçük olması, bekar olması, fazla çocuğa sahip olması, ileri yaş ve gebelikten korunmalarına rağmen gebe kalma durumlarına göre değişmektedir. Katılımcıların, istenmeyen gebeliğin sonlandırılması için yasal düzenlemeler konusunda bilgi eksikliği olduğu tespit edilmiştir. Düşük sonrasında kramp, karın ağrısı, düzensiz kanama, zayıflık, yorgunluk, mide bulantısı/kusma, baş dönmesi, baş ve bel ağrısı, kötü kokulu akıntı gibi birçok şikayet ve komplikasyon da bildirmiştir. Düşük sonrası komplikasyonlar gelişmesine rağmen hiçbir sağlık kuruluşuna başvuru yapılmamıştır. Sağlık hizmetlerine nasıl ulaşacaklarını bilemedikleri, gizlilik konusunda endişe yaşadıkları, hizmet alabileceklerine inanmadıkları, hizmetin ücretini karşılayamayacakları ve hizmete ulaşabilmek için sadece kendi kararlarının yetmediği görülmektedir. İstenmeyen gebeliğin sonlandırılmasından sonra katılımcılar, korku, üzüntü, günah işlemiş hissetme, suçluluk, utanma gibi annelik duygularını yaşadıkları anlaşılmıştır.

Anahtar Kelimeler: Güvenli olmayan düşük; İstenmeyen gebelik; İsteyerek düşük

SUMMARY

REBUPLIC OF TURKEY
SELCUK UNIVERSITY
HEALTH SCIENCES INSTITUTE

Situation And Attitudes Of Women Of Fertility Age Towards Unwanted Pregnancy

Ayşegül PARLAKYILDIZ BİLECEN

Health Management Department

MASTER'S THESIS / KONYA-2021

Unwanted pregnancies and the resulting induced abortions are an important women's health problem and are among the leading causes of death for women in their reproductive years. It is important to know the place of induced abortion, which is one of the determinants of women's and children's health, in health services. The aim of this study is to describe women's experiences of unwanted pregnancy and induced abortion and the conditions that make up this process. The study was carried out using qualitative data collection techniques that allow obtaining indirect information on subjects that people are forced to express and detailed information through one-to-one in-depth interviews with the person. The study group consisted of 13 female participants who had experience of unwanted pregnancy with snowball and purposive sampling method. Data were collected through semi-structured interviews and their reliability was evaluated. Demographic, obstetric, and women's attitudes and attitudes towards unwanted pregnancy and the factors affecting the outcome were asked to the participants. As a result of the analyzes made; in the occurrence of unwanted pregnancies according to the experiences of the participants; It has been observed that family planning methods are not used or are used incorrectly. The attitudes of the participants towards unwanted pregnancy vary according to family conflict, extramarital pregnancy, last child being small, being single, having more children, advanced age, and being pregnant despite being protected from pregnancy. It has been determined that the participants have a lack of knowledge about legal regulations for the termination of unwanted pregnancy. He also reported many complaints and complications such as cramps, abdominal pain, irregular bleeding, weakness, fatigue, nausea/vomiting, dizziness, headache and low back pain, and foul-smelling discharge after abortion. Although complications developed after abortion, no application was made to any health institution. It is seen that they do not know how to access health services, they worry about confidentiality, they do not believe that they can receive services, they cannot afford the service, and their own decisions alone are not enough to reach the service. After the termination of the unwanted pregnancy, it was understood that the participants experienced maternal feelings such as fear, sadness, feeling of sin, guilt, and shame.

Keywords: Unwanted pregnancy; Wanted abortions; Unsafe abortions

1. GİRİŞ

Sağlık, insan yaşamının ve varlığının sürdürülebilmesi için en temel öğelerden biridir. Dünya Sağlık Örgütü, sağlığı sadece hastalık ve sakatlığın olmayışı değil, bedenen, ruhen ve sosyal yönden tam bir iyilik hali olarak tanımlamaktadır. "Sosyal yönden tam iyilik hali" kavramı ise sağlığın sadece kişiye ait bir olgu olmadığını, kişisel yönünün yanında toplumsal yönünün de bulunduğunu açıklamaktadır. Sağlığın bu tanımı doğrultusunda daha sağlıklı olma yolunun birey odaklı değil; toplum odaklı çabalardan oluşması dünyaca kabul görmüştür (Tözün ve Sözmen 2014).

Bireyin sağlığının korunmasını, gereksinim halinde tedavisini, iyileştirilmesini devletten talep etmesi; aynı zamanda topluma sunulan olanaklardan yararlanabilmesi sağlık hakkını ifade etmektedir. Sağlık hakkı, sosyal devlet anlayışının gelişimi ile birlikte evrensel bir insan hakkı olarak kabul edilmiştir (Kol 2015). Türkiye'de, özellikle kadın sağlığı gelişiminin tarihsel sürecinde 1950'li yılların dikkate alınması gerekir. O dönemde uygulanan pronatalist nüfus politikası sonrasında istenmeyen gebeliklerin, plansız gebeliklerin, aşırı doğurganlığın artması; yasadışı olmasına rağmen sağlıksız düşüklerin gittikçe artması ve buna bağlı olarak anne ölümlerinin meydana gelmesi söz konusudur. Bu sonuçlar kadınlar açısından önemli ve büyük bir sağlık hakkı ihlali göstergesidir (Akın ve Türkçelik 2018).

Sağlığının korunması ve geliştirilmesinde üreme sağlığı ile cinsel sağlık kavramı önemli yer tutmaktadır. Bu kavramlar üreme ve cinsellikle alakalı sağlık ihtiyaçlarını kapsayan entegre bir yaklaşım sunmak için gelişmiştir. Hem kadınları hem de erkekleri ilgilendiren bir endişe olmasına rağmen, kadınlar cinsel sağlık ve üreme sağlığı sorunlarının en büyük bölümünü taşımaktadır (Gavas ve İnal 2019). Çiftlerin, bireylerin doğurganlık özelliklerini, çocuk sahibi olma zamanlarını, çocukların yaş aralıklarını kendilerinin belirleyebilmeleri ve kontrol altında tutulabilmeleri için gerekli olan eğitimlerin alınması, yöntemlerin sunulması ve bu yöntemlere erişimin sağlanması temel sağlık hakları içerisinde yer almaktadır. Ülkemizde güvenilir AP yöntemleri ile ilgili hizmetler kullanıma sunulmuş olsa da güvenli olmayan geleneksel yöntemlerin kullanımı hala yaygındır. İhtiyaç duyduğu gebeliği önleyici yöntemi bilmeyen veya ulaşamayan ya da etkili olmayan aile

planlaması yöntemini kullanan kadınların oranı da oldukça fazladır (Gavas ve İnal 2019).

Gebeliklerin istenme durumuna göre doğum eylemiyle doğumla sonuçlanmayan gebelikler (ölü doğum, düşük, kürtaj) nüfus bilimi çalışmaları içinde toplumsal cinsiyet, kadın sağlığı, doğurganlık ve üreme hakları ile ilgili olarak araştırılan konular arasında yer almaktadır. Beklenmeyen gebelikler ile ortaya çıkan kürtaj ve düşük, dar bir kapsamda kararlar ve geniş alanda politikalardan etkilendiği için sağlık biliminde farklı alanların ilgi alanına girmektedir. Ülkemizde kürtaj ve düşük sağlık çalışanları, sağlık yöneticileri, sosyal bilimciler, politika yapıcılar ve sivil toplum kuruluşlarında çalışan üreme sağlığı alanındaki uzmanlar arasında önemli yer tutmaktadır (Adalı ve Çavlin 2019). İstemeyen gebelik ve isteyerek düşüğün ortaya çıkması sağlık hizmet sunumundaki yetersizliğin ve özellikle aile planlaması hizmetlerindeki (AP) karşılanmayan gereksiniminin giderek artmasının bir sonucudur (Akın ve Terzi 2020).

Dünya çapında her yıl yaklaşık 205 milyon kadın gebe kalmakta ve bunların yaklaşık 133 milyonu canlı doğumla sonuçlanmaktadır. Yaklaşık 72 milyon gebeliğin 30 milyonu ölü doğumla veya kendiliğinden düşükle sonlanırken, 42 milyon gebelik ise isteyerek düşükle sonuçlanmaktadır (Shah ve ark 2013). İsteyerek düşükler, tıbbi düşük yöntemi ve kadınların kendi kendilerine ya da bir yardımcının geleneksel yöntemleri uygulaması aracılığıyla yapılmaktadır. Sağlıksız ortamlarda güvenli olmayan, travmayla ya da toksik etmenler yardımıyla zarar görmeye dayanan yöntemler kullanılarak yapılan düşüklerin anne ölümüne neden olması muhtemel bir sonuçtur (Bulut 1979). Özellikle gelişmekte olan ülkelerde bir yılda 74 milyon istenmeyen gebelik ve 25 milyon güvensiz düşük meydana geldiği tahmin edilmekte olup Her sene anne ölüm sebeplerinin yüzde 4.7 ile yüzde 13.2'si güvenli olmayan düşükler sebebi ile gerçekleşmektedir (Şenoğlu ve ark 2019). 2018 yılı verilerine göre yaklaşık olarak her gün 810 kadın, doğum ve gebelikle ilgili önlenebilir sebeplerle yaşamını yitirmektedir (WHO 2018). İstenmeyen gebeliklerin ve güvensiz düşüklerin önlenebilir olması halk sağlığında önemli yer tutmaktadır. Üzerinde çalışılan her iki hususta da kırsal alanda yaşama, eğitimsizlik, yoksulluk, riskli gebelikler gibi çoğu neden ortak olup, çözüm arayışında risklerin tümünün dikkate alınması sağlanmalıdır. (Akın ve Terzi 2020).

Ülkemizde Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2018 yılı sonuçları bu konu ile ilgili ışık tutmaktadır. Bu sonuçlara göre, kadınların %6'sının isteyerek en az bir defa düşük yaptığı ve %13'ünün ise kendiliğinden en az bir defa düşük yaptığı belirtilmiştir (TNSA 2018). Düşük ve kürtajla ilgili politikalar kadın sağlığını ve insan haklarını korumaya yönelik olmalıdır. Güvenli kürtaja erişimi ve zamanında sağlanmasını engelleyen düzenleyici, politika ve programa dayalı engeller kaldırılmalıdır. Yasal olarak uygun olan her kadın güvenli kürtaja ve bakımına erişim hakkına sahiptir. Politikalar, kadınların insan haklarını yerine getirmek, kadınlar için olumlu sağlık sonuçları elde etmek için oluşturulmalıdır. Kaliteli gebeliği önleyici bilgi ve hizmetlerin sağlanması ve yoksulların özel ihtiyaçlarının karşılanması sağlanmalıdır (DSÖ 2019).

Sağlığın korunması ve geliştirilmesi için iyi bir planlamanın olması gereklidir. Planlama, şimdi ve gelecekte halihazırdaki kaynakların verimli bir şekilde kullanılmasıyla istenilen hedeflere ulaşmayı sağlayan dizgesel bir yaklaşımdır. Sağlık planlaması ile toplumun ihtiyaçlarının karşılanması ve nüfusun sağlık seviyesinin yükseltilmesi amaçlanmaktadır (Cansever ve Tüfekçi 2020).

1.1. Sağlık Hakkı

1948 itibarıyla yürürlüğe giren DSÖ Anayasası'nda sağlık, "yalnızca hastalık ve sakatlığın olmaması değil; bireyin zihinsel bedensel ve sosyal açıdan tam iyilik halinde olması" şeklinde açıklanmaktadır. Bu da sağlığın temel bir insan hakkı olduğunu ortaya koymaktadır (Akın ve Türkçelik 2018).

Temel amacı birey olan ve bireylerin mutlu, sağlıklı bir yaşam sürmesini amaçlayan sosyal politikalar içinde sağlık politikasının doğrudan insan yaşamı ile ilgili olması sağlık hizmetlerini önemli bir noktaya taşımaktadır. Dünya genelinde ülkelerin toplumsal sağlık sorunlarını çözmek, yeterli seviyede sağlık hizmeti sağlamak ve bu hizmetleri herkese eşit bir şekilde sağlayabilmek için çeşitli tedbirler alma zorunluluğu bulunmaktadır (Kol 2015).

Sağlık hakkı sağlık hizmetleri kapsamında devletin bireye karşı sorumluluklarını düzenlemekte ve bireyin en temel hakları arasında yer alan sağlıklı yaşam hakkı, doğuştan kazanılan, devredilemez hakları arasında yer almaktadır (Metin 2017). İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi 25. maddesinde sağlık hakkının, temel insan

haklarından biri olarak kabul edildiği belirtilmektedir. Bu madde gereğince "gerek kendisi gerek ailesi için yiyecek, giyim, konut, tıbbi bakım ve gerekli sosyal hizmetler de dâhil olmak üzere sağlık ve refahını sağlayacak uygun yaşam düzeyine ve işsizlik, hastalık, sakatlık, yaşlılık veya geçim olanaklarından kendi iradesi dışında yoksun bırakacak başka durumlarda" denilmekte olup herkesin yaşam standartlarını iyileştiren gereken güvence hakkına sahip olması şeklinde tanımlanmıştır (Er 2008). Yukarıda ifade edildiği gibi eşit hükümler dahilinde herkesin sağlık hakkı devlet tarafından güvenceye alınmasının gerekliliği ortaya çıkmaktadır (Temiz 2014). Sağlık hakkı konusunda bireylere karşı olan sorumluluklar sadece devletin değil kamu sağlık kuruluşlarında görev yapan tüm sağlık çalışanlarının da bu mesuliyetleri gerçekleştirilmesi konusunda doğrudan ilgilidir (Zengin 2010).

Sağlık hakkı kavramının Türk hukukunda haklar arasındaki yeri incelendiğinde, Türkiye'nin de taraf olduğu ve usulüne uygun biçimde iç hukuka dâhil ettiği, uluslararası hukuk kaynakları tarafından düzenlenen bir insan hakkıdır. Sağlık hakkının insan hakkı niteliği anayasanın 90. ve ikinci maddesinde geçen hükümler çerçevesinde anlaşılmasını gerektirmektedir. Bu nedenle ülke hukuku ile korunan sağlık hakkının kapsamı ele alınırken anayasa ile düzenlenen hükümlerin yanı sıra İnsan Hakları Hukuku çerçevesinde ulusal hukuka dâhil olan hükümlerin de dikkate alınması gerekmektedir (Temiz 2014).

1.2. Üreme Hakları

Üreme hakları, cinsel ve üreme sağlığı ile ilgili olarak gelişen ve ülkeler arasında değişkenlik gösteren yasal hak ve özgürlükleri kapsamaktadır. Üreme sağlığı ve cinsel sağlık hakları, cinselliğe ve üremeye uygulanan insan hakları kavramıdır. Bu kavram dört alanın birleşimidir. Bunlar; üreme hakları, üreme sağlığı, cinsel haklar ve cinsel sağlıktır. CSÜS kavramında, bu dört alan ayrı ancak iç içe geçmiş olarak ele alınmaktadır. (CRR 2018). Dünya Sağlık Örgütüne (DSÖ) göre üreme hakları, çiftlerin veya bireylerin çocuk sayısına, çocuklar arası yaş aralığına, zamanlamasına kendi iradesiyle sorumluluğunu bilerek karar vermesi ve bunun sağlanması için gerekli bilgi araçlara ulaşılması, temel haklarının kullanılması, en yüksek cinsellik düzeyine ulaşılması olarak tanımlanmaktadır. Bununla birlikte ayrımcılık, baskı ve şiddet içermeyen üreme hassasiyeti ile ilgili kararların alınması hakkını da içermektedir (CRR 2018). Üreme hakları tanımına bakıldığında üreme haklarında pek çok boyuttan

oluşmaktadır. Bunlardan bazıları, yaşama hakkı, din ve vicdan özgürlüğü gibi bedensel varlık ve fikir alanına ilişkin "bireysel hak ve özgürlükler" ile bağlantılıdır. Aynı zamanda sağlık, eğitim, örgütlenme hakkı ve benzeri sosyal haklarla da bağlantılıdır. Üreme hakkının bazı boyutları ise çiftlerin çocuk aralığına ve çocuk sayısına karar vermelerinin devletin müdahale etmeden güvence altına alınmasına yönelik talepleri ile sağlık hakkı gibi devlet müdahalesini gerektiren talepleri içermektedir. Her iki hak içinde devlet yükümlülüğü olarak gerekli önlemler alınmalıdır (Sert 2012).

Üreme hakları ilk defa 1968'de Tahran'da yapılan BM İnsan Hakları Konferansı'nda insan haklarının alt dalı olarak ele alınmıştır. Aynı konferansta üreme hakları, bireylerin doğuracakları çocuk aralığı ve sayısı hakkında sorumluluk bilinciyle özgür karar alma hakkı ve bu doğrultuda yeterli eğitim, bilgi hakları olduğu şeklinde ele alınmıştır (Sert 2012). 1969 tarihli BM Toplumsal ve Kalkınma Bildirgesi'nde de benzer şekilde ulusal nüfus politikaları kapsamında sağlık hizmetlerinin planlanmasında ailelerin çocuklar arası yaş aralığına ile sahip olduğu çocuk sayısına ve sağlık çalışanlarının eğitimiyle özgürce sorumluluk bilincinde karar alabilmelerinin sağlanması vurgulanmıştır (Görkey 2001).

Bükreş'te 1974 yılında yapılan Dünya Nüfus Konferansında ise üreme hakları, tüm bireylerin doğuracağı çocuk aralığı, sayısı ilgili sorumlu ve özgür karar verme hakkı ile bu doğrultuda gerekli araç, eğitim, bilgiye ulaşma hakkı olduğu; bireylerin karar verirken geleceği, yaşam şartlarını dikkate almaları gerektiği ve topluma karşı sorumluluklarını unutmamaları gerektiği belirtilmiştir. Bu tanım ile birlikte önemli değişiklikler yapılmış ve hizmetlere ulaşma hakkı tanıma eklenmiştir (Sert 2013). Meksika'da 1975 yılında Uluslararası Kadın Yılı Konferansı yapılmıştır. 1976-1985 yılları BM tarafından kadın on yılı olarak ilan edilmiş ve Kopenhag'da 1980'de yapılan toplantıyla bu süreç devam etmiştir. Nairobi'de 1985'de yapılan toplantı ile de süreç sona ermiştir (Sert 2008). Meksika'da 1975'de yapılan konferansta bildirge hazırlığı yapılmıştır. Bunda Tahran ve Bükreş'de yayımlananlardan ayrı olarak üreme hakları, kontrol ve bedensel bütünlük terimlerine dayandırılmıştır (Mason ve ark 1999). Sonrasında görülen önemli bir gelişme ise Kadın On yılı kapsamında ele alınan Kadınlara karşı her türlü ayrımcılığın ortadan kaldırılması sözleşmesi'nin (CEDAW) kabul edilmesidir (Sert 2013).

1994'de Kahire'de BM Uluslararası Nüfus ve Kalkınma Konferansı (ICPD) yapılmıştır (ICPD 1994). Bu konferansta kişisel haklar ön plana alınmış ve üreme sağlığında yaşam boyu hakların kullanımı vurgulanmıştır. ICPD ile üreme sağlığı konusunda yeni bir evrenin başladığı düşünülmektedir. Konferans kadınların insanlık haklarını, spesifik olarak üreme konusunda kendi kararları alma hakkını, cinsiyet eşitliğinin sağlanması haklarını nüfusa ve üreme sağlığına ilişkin programların oluşturulmasında temel konu olarak saymaktadır. ICPD üreme sağlığı kavramının ilk dile getirildiği yerdir. Sonraki senelerde tüm dünya bu kavramı kabul ediliştir. ICPD'den sonra kadınların üreme ile ilgili haklarına cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlardan, HIV/AIDS'ten korunma, anne ölümü ve buna bağlı oluşan sakatlıklar, güvenli olmayan düşükler, istenmeyen gebelikler, ergen cinselliği hakları da eklenmiştir. 1995 FWCW ile de kadın erkek eşitliğinin geliştirilmesi, kadının ilerlemesi, güçlenmesi gibi konular öne atılmıştır (Sert 2013).

Uluslararası düzenlemeler incelendiğinde, kadının üreme sağlığı ve hakları konusunda asıl amacın kürtaj eylemlerinin azaltılması ve mümkün olduğunca önüne geçilmesi olarak görülmektedir. Günümüzdeki üreme hakları "İstanbul Sözleşmesi" olarak bilinen, 'Kadınlara Yönelik Şiddet ve Aile İçi Şiddetin Önlenmesi ve Bunlarla Mücadeleye İlişkin Avrupa Konseyi Sözleşmesi'nde yer alan konular üzerinden değerlendirilmektedir. "Üreme hakkını" kürtaj ve kısırlaştırma konuları açısından da ele alınmıştır. Sözleşmede bulunan 39. maddeye göre kadına uygulanacak tıbbi müdahaleden önce, bu girişimin tam olarak ne anlama geldiğinin anlatılarak anlaması için yeterli bilginin sunulması, anlaşılmasının ardından rızasının alınmaması durumunda gerçekleştirilen kürtaj ve kadının doğurganlığını sona erdirme amacı ile kısırlaştırma gibi cerrahi operasyonların, suç sayılması ve cezalandırılması için taraflar gereken tedbirleri alacaklardır (Doğan 2016).

Kadınların üreme hakları; kürtaj/düşük hakları, doğum, doğum kontrolü, kaliteli üreme sağlığı hizmetlerine erişim hakkı, ücretsiz ve kendilerine en uygun üreme tercihleri yapabilmek için eğitim ile bilgilendirilme hakkı gibi konuları içermektedir. Ayrıca cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar ile cinsellik olgusunun her aşaması hakkında eğitim alabilme hakkını, menstrüasyon sağlığı hakkını ve kadın sünneti gibi uygulamalardan korunmayı içerebilmektedir (CRR 2018).

1.3. Türkiye' de Kadın Sağlığının Durumu

Dünya nüfusunun yarısını oluşturan kadınların sağlık durumları ele alınırken 1948'lerde Dünya Sağlık Örgütü tarafından yapılan, günümüzde dünya genelinde kabul edilen sağlık tanımı çerçevesinde kadın sağlığının sakatlık ve hastalık yönünden, aynı zamanda sosyal ve ruhsal yönden tam bir iyilik hali olup olmadığını da tanımlamak ve incelemek gerekmektedir (SB 2009). Kadın sağlığı denildiğinde çoğu kişinin aklına üreme sağlığı ya da cinsel sağlık gelmektedir. Bu olgular da doğrudur fakat sağlık açısından yeterli değildir. Bir kadının bedensel ve ruhsal açıdan tam anlamıyla sağlıklı olmasını etkileyen faktörlerin hepsi, kadın sağlığını ilgilendirmektedir ve kadın sağlığı alanında ilk incelemeyi gerektirmektedir. Bir kadına bireysel ve toplumsal roller verilirken onun bu rollere alışması için çok boyutlu sağlık ve beden politikaları uygulanmaktadır. Bunlardan bir tanesi de annelik rolü ve kadının aile içindeki görevleridir. Mevzuatlar sağlık hizmetine ulaşma sınırlarını belirlese de yaşam şartlarının sağlığı yasalardan fazla etkilediği de bilinen bir gerçektir. Toplum kuralları, alışılmış davranışlar, toplum tarafından oluşturulmuş kaygılar, ön yargılar kadınların sağlığa ulaşımındaki büyük engeller arasında olabilmektedir (TKSPF 2014). Kadın ve sağlık alanında önemli bir faktör olan bu toplumsal yapının, ülkemizde giderek azalmakla geleneksel yaşam biçimi ve toplumsal cinsiyet eşitsizlikleri, kadınların sağlık hizmetlerine erişiminin önünde bir engel olmaya devam etmektedir (Özbaş ve Özkan 2010).

Kadın sağlığı, toplum ve aile odaklı psiko-sosyal faktörler, doğurganlık davranışı, bireysel sağlık durumu, sağlık hizmetlerinin kalitesi ve sağlık hizmetlerinin erişimi vb. unsurlardan etkilenmektedir (KSPD 2008). Bu faktörlerden başlıcaları, eğitim, toplumsal cinsiyet eşitliği, çocuk sayısı, doğum yaşı ve sıklığı olarak sıralanabilir (Akın ve Mıhçıokur 2010). Ülkeler arası gelişmişlik ölçütleri arasında anne sağlığının ayrı bir yeri olduğunu görülmektedir. Sağlığın ilgi alanına giren konular doğumdan önce başlar, hamile kalan kadının sağlığı ve hamilelik sürecindeki beslenmesi, iş yaşamından ve sosyal çevresinden gelen etkiler, yaşadığı hayat biçimi, kaçıncı hamileliği olduğu, daha önceki hamileliğinin üzerinden ne kadar zaman geçtiği gibi gibi durumlar ana rahmindeki cenini etkilemektedir (TKSPF 2014). Türkiye' de zaman içinde doğurganlık hızı incelendiğinde, 1990'lı yılların sonunda 2,6 çocuk düzeyine inen doğurganlığın, 2000'li yılların başında 2,1 çocuk üstünde duraksadığı görülmüştür. 2013 TNSA bilgilerine göre doğurganlık hızı 2,26 olduğunu ve 2018

TNSA bilgilerine göre ise bu istatiksel verinin aynı olduğu bildirilmektedir. Bu durum son 5 yılda doğurganlığın durağanlığının sürdüğünü göstermektedir (TNSA 2018). Annenin eğitim ve ekonomik durumuna göre doğurganlık düzeyi değişmektedir. En yüksek refah düzeyine sahip olan kadınlar ortalama 1.9 doğum yaparken refah düzeyi en düşük seviyede olan kadınlar ortalama 3,3 doğru yapmaktadır. Türkiye'de aile planlaması yöntemleri kadınlar tarafından çok yaygın olarak (%97) bilinmekle birlikte, yöntemlerin kullanım oranı (%70) daha düşüktür. 2018 TNSA, hala evli olan kadınların yüzde 12'sinin karşılanmamış aile planlamasına gereksinim duyduğunu ortaya koymuştur.

Türkiye'de 2014 yılında 213 anne ölümü gerçekleşmiş ve anne ölüm oranı 100 bin canlı doğumda 15.2 olarak hesaplanmıştır Ölümler doğurganlığın yüksek olduğu 20-34 yaş arasında daha sık görülmektedir (Şencan ve ark 2016). Gebeliğe bağlı ölümlerin %49'unun ve anne ölümlerinin %62'sinin önlenebilir olduğu belirlenmiştir. Gebeliğe bağlı ölümlerin %58'inin doğrudan %16'sının dolaylı ve %23'ünün tesadüfi anne ölüm nedenleri olduğu bildirilmektedir (Kızılkaya Beji ve Partovi Meran 2016).

Üreme kadınlar için ekstra bir sağlık yüküdür. Bu alanda toplumsal cinsiyet konusu ile ilgili bir hakkaniyet sağlanabilmesi için kadınlara özel hizmet ve desteklere gereksinim duyulduğu bir gerçektir. Gebeliği önlemek için kullanılan yöntemlerin isteyerek gebelik sonlandırmada (düşük/kürtaj) ve istenmeyen gebeliklerde yaygın olması ve herkesin için ulaşılabilir olması gerekmektedir. Ancak son yıllarda bu konularla ilgili baskılar ve engellemeler artmış ve kadınların sağlığı tehdit altına girmiştir. Ücretsiz olarak temin edilebilen AP yöntemlerine erişim zorlaşmıştır. Özellikle isteyerek gebelik sonlandırma konusundaki yasalar 10 haftaya kadar yasal demesine rağmen sağlık sistemindeki değişimler nedeniyle bu uygulamayı yapan çok az hizmet birimi bulunmaktadır. Bu da kadınların istenmeyen gebelik karşısında çaresiz kalmasına ve yaşamını tehlikeye atabilecek yollar izlemesine sebep olmaktadır (TKSPF 2014).

1.3.1. Toplumsal Cinsiyet ve Sağlık

Erkek ve kadının sosyal açıdan belirlenen rolleri ve sorumlulukları toplumsal cinsiyet ile ifade edilmektedir. Bu kavram, kadın ve erkeğin biyolojik farklılıklardan dolayı değil, toplumun nasıl gördüğü, nasıl algıladığı ve nasıl davranılmasını beklediği

ile ilişkilidir. Toplumsal cinsiyet ile ilgili olarak yapılan ayrımlar hem erkeklerin hem de kadınların hayatını biçimlendirmekte ve bu konu ile ilgili çok daha fazla kadın hayatına ve "kadın olmaya" kültürel açıdan daha az değer verilmesi kadının sağlığını olumsuz yönde etkilemektedir (SB 2009).

Toplumsal cinsiyet eşitsizliği ve toplumsal cinsiyette yapılan ayrımcılığın en çok zarar veren olumsuz sonucu sağlık hizmetlerinden yararlanmada yetersizliktir. Kadınlar dünya nüfusunun yarısını meydana getirmektedir ve kadınların toplumsal cinsiyet ayrımcılığı sonucunda sahip oldukları düşük statü sağlık hizmetlerini kullanmalarında, bu hizmetlerden zamanında yaralanmalarında olumsuz etki yaratmakta ve bu da en fazla doğurganlık davranışını biçimlendirmektedir. Doksan dokuz gelişmekte olan ülkede yürütülen bir çalışmada, kadının toplumsal statüsü ve doğurganlığı arasında doğrudan bir ilişki tespit edilmiştir (Akın 2007, SB 2009). Ülke düzeyinde beş yılda bir yapılan "Nüfus ve Sağlık Araştırmaları", kadının eğitim seviyesi yükseldikçe aile planlaması hizmetlerinden ve obstetrik hizmetlerden yararlanma oranlarının arttığı göstermektedir (Akın 2007, SB 2009).

Özellikle 1980'li yıllardan sonra kadın hareketleri güçlenmiş olup bu hareketlerin büyük çabaları, toplumsal cinsiyet örgütlerinin çalışmaları ve uluslararası alanda gelişmelerin de etkisiyle cinsiyet eşitliğinin sağlanması için pek çok düzenleme gerçekleştirilmiştir. Buna rağmen toplumsal cinsiyet eşitliğinin tam manası ile hayata geçirilmesi için hala önemli engeller söz konusudur (Akın ve Türkçelik 2018). 2018 yılı Dünya Ekonomik Forumu Küresel Cinsiyet Eşitsizliği Raporuna göre, Türkiye, 149 ülke arasında 130. sırada bulunmaktadır. Küresel Cinsiyet Eşitsizliği Raporunun ilk yayınladığı 2006 yılında 105. olan Türkiye, 12 yılda 25 sıra gerilediği görülmektedir (WEF 2018). Sağlık, birçok faktörden oluşan bir sonuçtur. Bu nedenle sağlığı etkileyen faktörlerle ilgili ayırımcılıklar; kadınların sağlık düzeylerinde eşitsizliklere neden olmakta ve sağlık hakkının kullanılmasını engellemektedir. Sağlık alanı, önemli ayrımcılık alanlarından biri olarak günümüzde de varlığını sürdürmektedir (TNSA, 2013; TÜİK 2018).

O dönemde yapılan bir araştırmaya göre, bütün anne ölümleri dahilinde sağlıksız düşüklere bağlı gelişen anne ölüm oranı, %53 olarak bildirilmiştir. 557 Sayılı Yasa ile istenmeyen gebeliğin sonlandırılmasına sadece tıbbî nedenlerle izin verilmiştir. Buna bağlı olarak bu hizmete gereksinimi duyanlar, özellikle

sosyoekonomik düzeyi düşük olanlar, ulaşamamış ve isteyerek düşükler kadınlar için sorun olmaya devam etmiştir (Akın ve Türkçelik 2018).

Fizyolojik olaylar sonucunda gerçekleşen anne ölümleri, cinsiyet ayrımcılığı çerçevesinde incelenmesi gereken önemli bir konudur. Hem dünya ve hem Türkiye istatistikleri anne ölümlerinin kadının statüsünün düşük olduğu ülkelerde ve bölgelerde daha yüksek olduğunu göstermektedir (UNFPA 2016, TNSA 2003). Sağlık hizmetleri kullanımı azaldıkça ya da kullanılamadığında kadın sağlığının, morbidite ve mortalite yönünde olumsuz etkileneceği kaçınılmaz bir durumdur. Kadın cinsiyetinin "toplumsal cinsiyet" bağlamında yaşadığı eşitsizlikler, ayrımcı uygulamalar onun yaşama hakkını bile kullanamaması durumunu ortaya çıkarmaktadır. Toplumun ve sağlık hizmeti sunanların, politika, strateji ve uygulamalara toplumsal cinsiyet eşitliğini göz ardı etmeden gerekmektedir. Toplumsal cinsiyet eşitliği kavramının gelişmemiş ve uygulanmamış olması toplumsal olaylarda tanı, tedavi ve korunma önlemlerini, olayların çözümleri geciktirmektedir (SB 2009).

1.4. Türkiye' de Aile Planlaması ve Politikaları

Aile planlaması, bireylerin talep ettikleri kadar çocuğa sahip olmasına ve gebeliklerin zamanına kendilerinin karar vermelerini sağlayan bilgi, araç ve yöntemler olarak tanımlanmıştır (UNFPA 2021). Güvenli ve gönüllü aile planlamasına erişim bir insan hakkıdır. Aile planlaması, toplumsal cinsiyet eşitliği, kadınların güçlendirilmesi için büyük bir öneme sahiptir ve yoksulluğun azaltılmasında önemli bir faktördür. Gelişmekte olan ülkelerde, gebe kalmak istemeyen tahmini 218 milyon kadın, bilgi eksikliği, hizmetlere erişim kısıtlılığı, eş ve toplum desteği eksikliği gibi değişen nedenlerle güvenli ve etkili aile planlaması yöntemleri kullanılmamaktadır. Bu, durum kendileri, aileleri ve toplum için daha iyi bir gelecek sunma yeteneklerini tehdit etmektedir (UNFPA 2021).

Aile planlaması, DSÖ'ye göre geleneksel ve modern yöntemler şeklinde sınıflandırılmaktadır. Ülkemizde kullanılabilen modern aile planlaması yöntemleri arasında acil kontrasepsiyon, servikal mukus yöntemi (iki gün yöntemi), standart günler yöntemi, laktasyonel amenore, tüp ligasyonu, vazektomi, kadın ve erkek kondomu, RİA, vajinal halka, semipto-termal yöntem, aylık ve üç aylık enjeksiyonlar, implantlar, bazal vücut ısısı yöntemi, sadece progesteron içeren mini haplar, kombine

oral kontraseptifler (KOK) yer almaktadır. Doğru kullanım ile bu yöntemlere ait koruyuculuk oranları %95-%99 olarak değişiklik göstermektedir. Kullanılan geleneksel aile planlaması yöntemleri arasında ise geri çekme yöntemi ve takvim yöntemi yer almaktadır (WHO 2018b).

1923'te Cumhuriyet'in ilan edilmesinden sonra nüfus sorunu ülkenin temel sorunlarından bir tanesi olmuş, 1960'lı yıllara kadar nüfus artışının desteklenmesi için bir (pronatalist) politika takip edilmiş ve doğurganlığın artırılmasına yönelik teşvikler gerçekleştirilmiştir. Savaşlar ve ölümlülüğün yüksek olduğu salgın hastalıkların kontrol altına alınamaması sonucu büyük nüfus kaybetmiş, yoksullaşmış bir ülke olan Türkiye'nin her alanda nüfusa ihtiyacı vardı. Bunun için insan gücü gerekliydi. Dünya çerçevesi ve bu şartlar dikkate alınarak ülke çıkarları için nüfusun artırılmasına yönelik politika benimsenmesi ile ailelerin çok çocuk sahip olması desteklenmiştir. Aynı zamanda nüfusun hızlı bir biçimde artmasına yönelik önlemler de alınmıştır. Hamileliği önleyici ilaç ve araçların dış alımı, ülkedeki satışı ve dağıtımı ile gebeliğin bile isteye sonlandırılmasının yasaklanması bu önlemler arasında sayılabilir. Kürtaj yaptırmak veya isteyerek düşük yapmak 1926'da kabul edilen ilk Türk Ceza Kanunu'nda "kişilere karşı suçlar" başlığında ele alınmaktadır (Tezcan ve Akadlı Ergöçmen 2012).

Nüfus artışını destekleyici politikanın uygulanması sonucunda, nüfusun orantısız hızla artması ülkenin ekonomik gelişimin önünde büyük bir engel olarak görülmeye başlanmıştır. Ilk defa 1963'te Sağlık Bakanlığı 11.06.1936 tarih ve 3038 Sayılı Kanun ile Türkiye nüfusu için istenen ideal çocuk sayısının 3 olması gerektiği, ancak sağlık araştırması sonucu bu sayının 6.5 yani iki katı yüksek olduğu belirlenmiştir. Ardından ülkenin sağlıksız, eğitimsiz, işsiz yani niteliksiz nüfustan ziyade nitelikli bir nüfusa gereksinim olduğu tartışılmış; antiatalist nüfus politikası benimsenmiştir. 10 Nisan 1965 tarihinde bu çerçevede hazırlanan nüfus planlaması hakkında kanun kabul edilmiştir. Bu kanun gereğince göre, gebeliği önleyici yöntemlerin kullanımı, eğitimi, satışı ve ithaline izin verilmiştir. Ayrıca anne ve bebeğin sağlığı ile ilgili zorunlu hallerde rahmin tahliyesi uygun görülmüştür (Tezcan ve Akadlı Ergöçmen 2012). İlk antinatalist nüfus planlaması yasasının kabul edilmesinden sonra aile planlaması yöntemleri hakkında toplumun bilgisi, kullanılma sıklığı artmış, bununla birlikte geleneksel aile planlaması yöntemleri de daha yaygın olarak kullanılmaya devam etmiştir. Yasaya bağlı kısıtlamalar olmasına rağmen,

isteyerek düşük ve buna bağlı gelişen sorunlar ile yasal olmayan güvensiz düşüklerin sıklığında artma olmuştur (Akın 2012).

1982 Türkiye Cumhuriyeti Anayasası Madde 41 gereğince "Aile, Türk toplumunun temelidir ve eşler arasında eşitliğe dayanır. 18 Devlet, ailenin huzur ve refahı ile özellikle ananın ve çocukların korunması ve aile planlamasının öğretimi ile uygulanmasını sağlamak için gerekli tedbirleri alır, teşkilatı kurar" denilmektedir. Ülke politikası olarak kontraseptif malzemeler ücretsiz olarak sunulmaktadır.

1983 tarih ve 2827 Sayılı Nüfus Planlaması Hakkında Kanunda, Türkiye'de AP hizmetlerini hekim, ebe ve hemşirelerin gebeliği önleyici yöntemleri uygulama yetkileri arttırılmıştır. Devletin gözetimi altında kadın ve erkekte sterilizasyon ameliyatı, tıbbi sakınca olmadığı takdirde reşit kişinin isteği üzerine yapılması serbest bırakılmıştır. 5.Maddesi gereğince ise ''Gebeliğin onuncu haftası doluncaya kadar annenin sağlığı açısından tıbbi sakınca olmadığı takdirde istek üzerine rahim tahliye edilir'' denilmektedir.

24 Kasım 2004 tarihinde, 5258 sayılı "Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun" adı altında kabul edilerek uygulama başlatılmış, 2010 yılında tüm ülkede yaygınlaştırılmıştır. Buna göre "aile hekimi, kendisine kayıtlı kişileri bir bütün olarak ele alıp, kişiye yönelik koruyucu, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerini bir ekip anlayışı içinde sunar. Sağlıkla ilgili olarak kayıtlı kişilere rehberlik yapar, sağlığı geliştirici ve koruyucu hizmetler ile ana çocuk sağlığı ve aile planlaması hizmetlerini verir" denilmektedir.

Dünya genelinde kadınlar ve kızlar doğum kontrol yöntemlerini kullanmak için ciddi engellerle karşılaşıyorlar. BM Nüfus Birimi'nin tahminlerine göre, 2020'de gelişmekte olan ülkelerde yaklaşık 218 milyon kadının hamileliği önlemek veya geciktirmek istediğini, ancak modern, güvenilir doğum kontrol yöntemlerinden birini kullanmadığını göstermektedir. Türkiye'de yakın tarihte nüfus planlaması/aile planlaması politikalarında yasal anlamda bir değişiklik olmamasına rağmen; günümüzde aile planlaması ve kadınların geleneksel rolleri ile ilgili konularda geriye gidişi destekleyici uygulamalar içinde olduğumuz düşünülebilir (Akın 2012).

Türkiye'de istenmeyen gebeliklerin sonlandırılmasına dair mevzuatları oluşturan yasaların başlıcaları: İçerisinde isteyerek düşük hizmetlerinin

tanımlanmasının da yapıldığı 27 Mayıs 1983 tarihinde Resmi Gazete'de yayınlanan, 2827 sayılı "Nüfus Planlaması Hakkında Kanun"dur ve 510 sayılı 18 Aralık 1983 tarihinde Resmi Gazete'de yayınlanan "Rahim Tahliyesi ve Sterilizasyon Hizmetlerinin yürütülmesi ve Denetlenmesine İlişkin Tüzük", 509 sayılı 6 Ekim 1983 tarihinde Resmi Gazete'de yayınlanan "Nüfus Planlaması Hizmetlerini Yürütme Yönetmeliği" ve 507 sayılı 10 Eylül 1983 tarihinde Resmi Gazete'de yayınlanan "Nüfus Planlaması Hizmetlerini Yürütecek Personelin Eğitimi, Görev, Yetki ve Sorumlulukları Hakkında Yönetmelik" ile desteklenmektedir (Çokar 2009).

Gebeliğin bir süre dahilinde kadının kendi istemi ile çocuk düşürme ya da çocuk düşürmenin suç sayılıp sayılmamasıyla ilgili 1970'lerde başlayan tartışma ve incelemeler önemli değişikliklerin yer aldığı "Nüfus Planlaması Hakkında Kanun"un kabul edilmesiyle sonlanmıştır. Bu eylemler 18057 sayılı Resmi Gazete'de 27.05.1983'de yayınlanan yasa ve bu yasaya destek veren "Nüfus Hizmetlerini yürütme Yönetmeliği" ve "Rahim Tahliyesi ve Sterilizasyon Hizmetlerinin Yürütülmesine İlişkin Tüzük" ile suç olarak sayılmama kararı alınmıştır (Dönmez ve ark 2016).

Nüfus Planlaması Kanununun (27.05.1983 tarih 2827 sayılı) kabul edilmesi ile birlikte, cerrahi sterilizasyon hizmetleri isteğe bağlı şekilde erkek ve kadında yasallaşmıştır. İstenmeyen gebeliklerin sonlandırılması ise gebeliğin onuncu haftasına kadar uygulamaya izin verilmiştir. Düşük/kürtaj hizmetlerinin uygulanmasında MVA yöntemi için sertifikası olan pratisyen hekimlere uygulama izni verilmiştir (Dönmez ve ark 2016).

Rahim Tahliyesi ve Sterilizasyon Hizmetlerinin Yürütülmesi ve Denetlenmesine ilişkin Tüzük'ün üçüncü maddesi uyarınca resmi tedavi kurumlarında pratisyen hekimler yalnızca menstrüel regülasyon yöntemi kullanarak gebeliğe son verebilirler. Bu görevi yapan gelimler 13. maddede belirtildiği gibi nüfus Planlama Kanunu madde 11 uyarınca hazırlanmış eğitim programlarını aldıktan sonra gebelik sonlandırabilirler. Aynı kanunun beşinci maddesinin ikinci fıkrasına göre 10 haftadan çok olan gebelik süresinde yalnızca gebelik annenin hayatı için risk oluşturuyorsa ya da oluşturacaksa ya da doğacak çocuk ve ardından gelecek kuşaklar için ağır maluliyet teşkil edecekse ilgili dal uzmanlarınca objektif bulgular içeren raporlar ile rahim tahliye edilebilir (SB 2015). 5237 sayılı TCK 99. Maddesi gereğince kadının bir suça

maruz kalması ve bu mağduriyet sonrasında gebeliğin oluşması durumunda gebelik süresi 20 haftayı geçmemek koşuluyla ve kadının isteği ile istenmeyen gebelik hastane koşullarında uzman hekimlerce sonlandırılabilir (SB 2015).

1.4.1. Aile Planlaması Yöntemlerinin Kullanım Durumu

Kadınların modern ve güvenilir olan gebeliği önleyici yöntemleri kullanmamalarının en yaygın nedenleri arasında sağlık tesislerine ulaşma zorluğu, sağlık merkezlerinde yeterli yöntem temininin olmaması gibi sorunlar ve eşlerin veya ailelerin muhalefeti gibi sosyal engellemeler yer almaktadır. Kadınların yöntem kullanmadığında gebe kalacağını anlamaması, kendisi için uygun olan aile planlaması yöntemlerinin olduğunu bilmemesi veya modern yöntemler hakkında yanlış bilgilere sahip olması da önemli rol oynamaktadır (UNFPA 2021).

TNSA' ya (2018) göre aile planlaması yöntem kullanımında, evli kadınların %21'i geleneksel yöntemleri, %49'u modern yöntemleri tercih etmekte olup evli kadınların %70'i herhangi bir aile planlaması yöntemi kullanmaktadır. Kullanılan modern yöntemlerden sırasıyla en fazla erkek kondomu (%19) ve RİA (%14) tercih edilmektedir ve en fazla tercih edilen geleneksel yöntem geri çekme (%20) yöntemidir (TNSA 2018). Bireylerin etkin yöntem kullanmaları mevcut çocuk sayısı, eğitim durumu, bireyin yaşı gibi şahsına ait etmenlerden etkilenebildiği gibi AP eğitim danışmanlık hizmetlerinin ulaşılabilirliği, zamanlaması ve niteliği gibi etmenlerde de etkilenmektedir (Erenel ve Eroğlu 2009).

Kadın bedeni üzerinde doğurganlığına ilişkin hakkı doğum kontrolünü sağlamakla sınırlandırılması, doğurganlığı teşvik etme ya da zorunlu olarak annelik görevini üstlenme için yönlendirme fonksiyonu yapar. Bu durum pronatalist politikalar döneminde olduğu gibi günümüzde de arka planında yer almaktadır (Çavlin ve ark 2012).

1.4.2. Karşılanmamış Aile Planlaması

Karşılanmamış aile planlaması gereksinimi 1970'lerin bitişine doğru geliştirilen bir hesaplama yöntemiyle doğurganlığı sonlandırmak ya da doğumların arasını açmak istediği durumda gebeliği önlemek için hiçbir yönteme başvurmayan ve doğurabilme yetisi bulunan kadınların potansiyel büyüklüğünü ifade etmektedir.

Karşılanmamış aile planlaması gereksinimi, üreme çağında olan ancak istediği zaman çocuk sahibi olmak isteyen ya da tekrar çocuk istemediği halde gebeliği önleyici herhangi bir yönteme başvurmayan kadınların durumunu da anlatmaktadır (Kitapçıoğlu ve ark 2008). Gelişmekte olan ülkelerde kadınların %17'sinin gebeliği istemediği halde herhangi aile planlaması yöntemi kullanmadığı ve bunun nedeni olarak aile planlaması hizmetlerinde karşılanmayan ihtiyaç olduğu belirlenmiştir. Bu durum çok fazla doğum sayısının getirdiği risklerle karşı karşıya olduğuna da belirtmektedir (Erenel ve ark 2011).

TNSA (2018) verilerine göre, 1993-2013 tarihlerini kapsayan dönemde karşılanmamış aile planlaması gereksinimi devamlı şekilde azalma göstermiştir. Ancak bu gereksinim 2013-2018 tarihlerini kapsayan dönemde %6'dan %12'ye iki kat artmıştır. Bu artışın son 5 senede doğum kontrol yöntem kullanımındaki azalıştan kaynaklandığı düşünülmektedir. Bu artış ile karşılanmış talepte azalma etkisi görülmüş ve 2013-2018 döneminde karşılanan aile planlama gereksinimde %93'den %86'ya %7'lik bir düşüş gözlemlenmiştir (2018 TNSA).

Aile planlaması danışmanlık hizmetleri, gebeliği önleyici yöntem kullanımı için istenilen düzeye ulaşmada önemli rol oynamaktadır. Aile planlaması danışmanlığı, bireylerin ya da çiftlerin kendilerine en uygun yönteme karar vermeleri için gebeliği önleyici yöntemler ile ilgili seçenekler sunmakta ve onlara yardımcı olmaktadır (Eryılmaz 2014). Uygun biçimde ve doğru zamanda verilen danışmanlık hizmeti ile AP hizmetlerinde karşılanmamış gereksinimi azaltmak ve kontraseptif yöntem kullanımını artırmak mümkün olmaktadır ve bu nedenle önemlidir. Kadınların doğum öncesi ve sonrası dönemlerde en fazla sağlık hizmeti aldıkları dönem olduğundan aile planlaması danışmanlığı almaya da ihtiyaç duydukları zamanlardan birisidir (Erenel ve ark 2011).

TNSA (2018) verileri kapsamında şu an herhangi bir yönteme başvurmayanların gelecekte yöntem kullanımına dair bilgiler elde edilmiştir. Günümüzde herhangi bir yönteme başvurmayan evli kadınların %38'inin gelecekte bir yönteme başvuracakları belirlenmiştir. Bu kadınların yarısından fazlası ise gelecekte herhangi bir yönteme başvurmayı düşünmediklerini belirtmişlerdir. Yönteme başvurmayacaklarını belirten kadınların büyük bir kısmı dört ya da daha çocuk çocuğu olan ya da hiç çocuğu bulunmayan kadınlardır. Yalnızca bir çocuğu olan kadınları ise

gelecekte yönteme başvurma olasılığının daha yüksek olduğu belirlenmiştir (TNSA 2018).

1.5. İstenmeyen Gebelikler

İstenmeyen gebelik, çiftlerin ikisinin birden ya da birinin istemediği bir zamanda planlanmayan gebeliğin meydana gelmesi olarak tanımlanmaktadır (Akın ve Özvarış 2012). İstenmeyen gebelik, çocuk sahibi olmak istenmediğinde veya mevcut çocuk sayısından daha fazla çocuk istenmediği durumlarda ortaya çıkan gebelik oluşumudur (CDC 2015). İstenmeyen gebeliğin önemli sebepleri arasında evlilik dışı olan gebelikler öne çıkmaktadır. Bununla birlikte kontraseptif yöntemler hakkında bilgi sahibi olmaması veya eksik bilgi olması, aile planlaması yöntemlerine ulaşamama ve temin edememe, danışmanlık hizmeti alınmaması ve yöntemlerin yanlış uygulanma durumu, eşlerin birbirleri arasında yeterli ilişki bağının olmaması, kadınların doğum kontrolünde tek başına karar verme durumunun olmaması, kadınların cinsel ilişkiye istenmeyerek zorlanması, ensest ilişkiler ve tecavüz durumları, kadınların toplumsal statüsünün düşük olması gibi nedenler istenmeyen gebelik ile sonuçlanmaktadır (Çokar 2006, Gökgöl 2012).

Dünya genelinde her gün yaklaşık 830 kadının doğum sonucuna ve gebeliğe bağlı komplikasyonlar sonucunda öldüğü saptanmıştır (DSÖ 2018). İstenmeyen gebelikler ve bu doğrultuda yönlenilen istemli düşükler kadın sağlığında önemli problemlerden birisidir ve doğurganlık çağındaki kadınların ilk ölüm sebeplerinden birisini oluşturmaktadır. 2018'de DSÖ tarafından açıklanan veriler ışığında 2010-2014 sürecinde ortalama 56 milyon kadın güvensiz ya da güvenli istemediği gebeliğe bağlı olarak kürtaj/düşük yaptırmıştır. Ülkemizde zamanla üreme ve kadın sağlığı sorunlarının durumu ve bu sorunların yaşanma sıklığı konusunda olumlu iyileşmeler olsa da istenmeyen gebeliklerin halen yüksek düzeyde seyretmesi bu sorunun önemini devam ettirdiğini göstermektedir (Sevencan 2017).

1.5.1. İstenmeyen Gebeliklerin Nedenleri ve Önlenmesi

Genel olarak incelendiğinde bilgi eksikliği, hizmetlere ulaşamama, AP yöntemlerini yanlış kullanma, evlilik dışı oluşan gebelikler, kadınların istemedikleri halde cinsel ilişkiye zorlanması, tecavüz durumları ve ensest ilişkiler, kadının doğurganlığı ile ilgili karar verici olamaması, kadınların çok fazla çalışma hayatında

aktif olmamaları, ekonomik durumun çok iyi olmaması, kadının toplumsal statüsünün düşük olması, kadınların doğurganlık tercihlerindeki değişimler istenmeyen düşüklerin nedenleri olarak belirtilmektedir (Wokoma ve ark 2015, Çokar 2008, Gökgöl 2012, Öztürk ve ark 2014, Moreau ve ark 2014, Dölen 2012).

Üreme sağlığı DSÖ'ye göre üreme sistemi ve işlevlerinin çalışma sürecini de kapsayacak şekilde yalnızca sakatlık ya da hastalık olmaması değil, sosyal, zihinsel ve fiziksel yönden tam bir iyi olma halidir. 1995 yılının Kasım Ayında Uluslararası Aile Planlaması Federasyonu (IPPF) tarafından hazırlanan Üreme Hakları ve Cinsel Haklar Bildirgesi'nin sekizinci maddesine göre kadınların tümünün gebeliğin güvenli sonlandırılması, güvenli anneliğin sağlanması ve üreme sağlığının korunması için gereken ve kullanıcıların tamamı için kullanışlı, kabul edilebilir, ulaşılabilir ve ödeyecekleri bir bedel karşılığında hizmet, eğitim ve bilgilere erişim hakkı bulunmaktadır. İstenmeyen gebeliklerin önlenmesi ve en aza indirgenmesi için eğitim ve danışmanlık hizmetleri, gebeliği önleyici yöntemler hakkında bilgi sahibi olmalarını sağlamak ve böylece çiftler için en uygun aile planlaması yönteminin kullanılmasının sağlanması büyük önem taşımaktadır (Koyun ve ark 2011).

İstemeden gerçekleşen gebelikler ve bu gebeliklere istinaden meydana gelen istemli düşükler kadın ve üreme problemleri arasında önemli bir yer teşkil etmektedir. İstenmeyen gebeliklerin çoğunluğu gelişmiş ülkelerde kürtajla sonlandırılırken, gelişmekte olan ülkelerde doğum eylemiyle sonlanmaktadır. Ülkemizde kadınların her dördünden birisinin en az bir defa kürtaj uygulattığını ve bunların da neredeyse yarısının (%42) istem dışı gebelik nedeniyle birden çok kürtaja başvurduğu bilinmektedir (Bozbeyoğlu 2011). Cinsel hayatın başlangıcı olarak kabul edilen evlilik durumu, bekar kişilerin üreme sağlığı ve aile planlaması hizmetlerinden yararlanamamasının en büyük nedenlerinden birisidir. Yüksek derecede riskli olan cinsel hareketler, erken yaş gebelikleri, istenmeyen gebelikler ve güvenli olmayan düşükler bekar kadınlar arasında yaygınlaşmıştır (Şimşek 2011).

1.5.2. İstenmeyen Gebeliklerin Sonlandırılması

Gebeliğin sonlandırılması, anne ve baba adaylarının istekli olarak veya istemleri dışında gerçekleşebilen bir eylemdir. Endikasyonlar nedeni ile gebelik sonlandırılması için herhangi bir söylem bulunmamaktadır. Bu çerçevede gebeliğin

sonlandırılmasında çiftlerin rızasının olması en önemli husustur. Yasal çerçevede olsa dahi gebeliğin sonlandırılması temel etik ilkelerden olan adalet, yararlı olma, zarar vermeme ve özerklik ilkeleri bakımından oldukça önemlidir (Kurt ve Tunca 2016).

Dünyada her yıl yaklaşık olarak 205 milyon kadın gebe kalmakta ve bunların yaklaşık 133 milyonu canlı doğumla sonuçlanmaktadır. Geriye kalan 72 milyon gebeliğin ise 30 milyonu ölü doğumla veya kendiliğinden düşükle sonlanırken 42 milyonu isteyerek düşükle sonlanmaktadır (Shah ve ark 2013).

Gebeliğin sonlandırma yöntemleri:

- Canlı doğum
- Ölü doğum
- Küretaj
- Düşükler

1.5.3. Sağlık Hizmetlerinin Planlanması ve İstenmeyen Gebelikler

Sağlık hizmeti planlaması, belirli bir nüfusun sağlık düzeyini iyileştirmeyi amaçlamakla birlikte sağlık hizmetine erişimde hakkaniyeti ve sağlık sisteminin toplumun ihtiyaçlarını algılayarak karşılayabilmeyi ön görmektedir. (Queensland Health 2015). Sağlık planlamasının tanımının odak noktasında, gelecekteki ihtiyaçların yansıtılması ve bu ihtiyaçlara yönelik kararlar alınması yer alır. Bu sebeple planlama, gelecekteki hedeflerin belirlenmesini ve bunlara ulaşmak için eylem planlarının oluşturulmasını içermektedir. Kamu sektörü sağlık hizmeti sunumu bağlamında ise planlama, öncelikle topluma yüksek kaliteli hizmetler sunan bir sağlık sistemi geliştirmek ve desteklemekle ilgilenmektedir (Queensland Health 2015).

Sistem yaklaşımı çerçevesinde sağlık sistemi, sağlığın geliştirilmesi amacına sahip olan; sağlık faaliyetlerinin finanse edilmesi, sunulması ve düzenlenmesi ile ilgili kaynakların, karar vericilerin, kurum ve kuruluşlar olarak açıklanabilmektedir. Sağlık sistemindeki temel ilkeler etkililik, hakkaniyet, insancıllık, verimlilik olarak ifade edilmektedir (Kumbasar 2016). Çeşitli ülkelerde sağlık sistemlerinin etkin ampirik ve kaliteli olması için Dünya Sağlık Örgütü tarafından çeşitli alanlarda halk sağlığına yönelik hizmet sunumu uygulamaları rehberleri yayımlanmaktadır. Üreme sağlığına

yönelik geliştirilen aile planlaması, cinsel yolla bulaşan hastalıklardan korunma, gebelik sürecinde uygulanacak bakımlar gibi konulardaki rehberler yayınlanmıştır. Sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesi ve halk sağlığının geliştirilmesine yönelik dünya genelinde bir katkı sağlamaktadır (WHO 2012).

Toplumda genel olarak üreme ile cinsel sağlığı ilgilendiren konularda konuşmak bireysel ve toplumsal kaynaklar nedeniyle zordur. Sağlık hizmeti sunumunda yeterli seviyeye getirilmesi gereken bilgilendirme, eğitim ve danışmanlık, cinsel sağlık ve üreme sağlığı hizmet sunumunda da yetersizdir. Bu doğrultuda üreme sağlığını kapsayan konularda klinik, eğitim ve danışmanlık süreçlerinde bireylerle iletişim önemlidir. Üreme ile cinsel sağlığı içeren konular tıbbi, psikolojik ve sosyal yönleri kapsar. Bu nedenle bu sorunların tüm boyutları ile anlaşılmasına ve sağlık planlamasının bu sonuçlara göre değerlendirilmesine ihtiyaç vardır. Ayrıca sağlık hizmetlerinden yararlanma ile cinsel sağlık ve üreme sağlığı konusunda bilgilendirilmenin artması hususunda büyük ölçüde bağlam vardır (Yurdakul ve Ardıç Çobaner 2015). DSÖ tarafından yayınlanan güvenli düşük rehberinde, düşük hizmeti alan kadınlar için klinik hizmet sunumu, güvenli düşük hizmetlerinin planlanması ve yönetimi, sağlık politikaları ve yasal yönler başlıkları ele alınarak düşüğün sorunsuz gerçekleşmesi için eylem planları hazırlanmıştır (Say 2012).

1.5.4. Sağlık Hizmetleri Talebi ve İstenmeyen Gebeliklerin Sonlandırılması

Toplumda sağlık hizmetleri talebi genellikle sağlık sorununun ortaya çıkması ile ihtiyaca bağlı olarak gelişmektedir. Sağlık hizmetlerine olan talep sadece tedaviye yönelik değil bilgi ve destek amaçlı da olabilir. Bireylerin kendileri için tasarladığı sağlık durumunun birbirlerinden çok farklı olabileceği ve buna istinaden sağlık tanımının gereği olarak sağlık hizmetleri taleplerinin de farklılaşacağı durumunu ortaya çıkarmaktadır. Buna göre sağlık hizmetleri talebi, sağlık sorununun oluşmasından daha çok, bireylerin ve toplumların kendileri için düşündükleri "iyi olma hali" kavramına yönelik ihtiyaçlarla ortaya çıkmaktadır (Çoban 2009).

Gereksinimler hissedilen ve hissedilmeyen olarak ayrılmaktadır. Bazı durumlarda sağlık hizmeti alması gerekirken birey bir rahatsızlık hissetmediği için bunun farkına varmayabilir ve sağlık hizmeti talebinde bulunmayabilir. Bu gizli bir ihtiyaç olduğunu göstermektedir. Hissedilen ancak sosyal, finansal ve kültürel

sebeplerle talep haline gelemeyen, yalnızca bir ihtiyaç halinde kalan sağlık hizmetleri de söz konusudur. Bireyin sağlık hizmeti alma gereksinimine sahip olduğunu bilmesi, bunun farkına varması ve bunun giderilmesini istemesi talep olarak ortaya çıkmaktadır (Kumbasar 2016).

İnsanların sağlık ve sağlıklı olma hali kavramları değişiklik gösterdiği için sağlık hizmetleri talebini etkileyen faktörler de çok farklı alanlarda değerlendirilmektedir. Bireylerin sağlık hizmetleri talebi yaş, cinsiyet, eğitim vb. kişisel nitelikler başta olmak üzere, ulaşım, resmi prosedürler (sevk zinciri vb.), hekimlerin davranışı, çevre gibi birçok değişken tarafından belirlenmektedir Sağlık hizmetleri talebini etkileyen faktörler; Bireylerin gelir düzeyleri, Bireylerin eğitim düzeyleri, Sağlığın yıpranma oranı ve hastalığın risk düzeyi, Sağlık hizmetinin türü, Sağlığın hane halkı üretim düzeyi, Sağlık hizmetleri arzı, fiyatı ve ulaşılabilirliği, Sosyal zaman tercihi ve riskten kaçınma, Finansman yöntemlerinin etkisi olarak açıklanmaktadır (Çoban 2009).

Her yıl dünya genelinde binlerce kadın, güvensiz düşükler sebebiyle hayatını kaybetmektedir. Anne ölümlerinin temel sebebi kaliteli aile planlamasına yönelik hizmetler ve gebelikten korunma yöntemlerine ulaşımın mümkün olmaması, yetersiz olması kadar; birçok ülkede kanunların bazı durumlarda düşük yapmaya izin verse bile güvenli düşük hizmetlerinin herkes için ulaşılabilir durumda olmamasıdır (Say 2012). Kanunlarla belirlenen veya belirtilmemiş olan bazı unsurlar yasal olsa bile gebelik sonlandırılması hizmetine erişimde engel teşkil edebilmektedir. Buna yönelik bir hizmet verildiğine yönelik ve bununla ilgili kanuni bilgiye sahip olunmaması üçüncü tarafların (ebeveyn, eş vb.) rızasının aranması, hizmet verecek olan sağlık kuruluşlarının veya sağlık personelinin yeterli olmaması, mahremiyetin sağlanamaması söz konusu engeller arasında ifade edilebilir. Bu da sağlık hizmetlerinin talebini kısıtlamaktadır (Say 2012).

Kadınların isteyerek düşüğü gerçekleştirdiği yerlere göre dağılımları; %49'u isteyerek düşüğü özel muayenehanede veya özel klinikte/hastanede, %51'i isteyerek düşük için kamu sektörü hizmetlerine başvurmuşlardır (TNSA 2018). Son 5 yıl içinde kamu hastanelerinde %51'e yükselen bu payın tıbbi nedenlerle olan düşüklerin artmasına bağlı olarak kaynaklandığı düşünülmektedir (Akın ve Terzi 2020).

Son yıllarda kamu sektöründe artan isteyerek düşük sıklığı, bu hizmetin ücretsiz olduğu anlamını yaratmamalıdır. Edirne'de 2016-2017 yıllarında 15- 49 yaş arası 395 kadınla yürütülen bir çalışmada istemli düşüklerin %60,6'sı devlet hastanesinde ve %38,8 ise özel muayenehane/hastanelerde gerçekleştiği görülmektedir. Fakat isteyerek düşüklerin %64,8'inin gerçekleşmesinde cepten harcama yapıldığı da belirlenmiştir (Temürlenk 2019).

Ülkemizde isteyerek düşüklerin çoğunluğu özel muayenehanelerde sonlanmaktadır. İkinci olarak başvurulan yerler ise özel hastanelerdir. Türkiye'de günümüzde düşük hizmeti için yasal olmasına ve çiftlerin talep etmesine rağmen kamu sağlık sektöründen yeterince yararlanılamamıştır. Bu durumla birlikte sosyal ve ekonomik olarak birbirinden farklı bölgeler arasında, hizmete ulaşmada erişim farklılıkları oluşmaktadır. Bu doğrultuda, isteyerek düşük hizmeti için karşılanmayan gereksinimin oldukça fazla olduğu ortaya çıkmaktadır (Akın 2012).

1.5.5. İstenmeyen Gebeliklerin Sonlandırılmasını Planlama ve Yönetme

İstenmeyen gebeliklerin sonlandırılması konusunun planlama ve yönetme süreci sağlık sisteminin dikkate alması gereken önemli bir husustur. Bu konular, hizmetlerin kamu, özel veya kar amacı gütmeyen küçük mevcut tesisler olmak üzere her kurum için geçerlidir. Hizmetlerin sunulması için temel eğitimin alınmasının, gerekli tül ekipmanların ve ilaçların temininin olması gereklidir. Mevcut bu hizmetleri veren tesislerin kapasitesini, kalitesini, güvenliğini, verimliliğini korumak ve güçlendirmek dikkatli bir planlama ortamına dayanmalıdır (DSÖ 2012).

İstenmeyen gebeliklerin sonlandırılmasının planlama ve yönetme süreci:

• Ulusal standartların ve rehberlerin oluşturulması; güvenli olarak gebeliğin sonlandırılmasına ve bakımına erişimi kolaylaştıran ulusal standartların ve kılavuz ilkelerin olmasını kapsamaktadır. Standartlar ve yönergeler, kürtaj türleri, güvenli düşük ve kürtaj hizmetinin kimler tarafından gerçekleşeceğini ve gerçekleşmesi için temel ekipman, aletler, ilaçlar, sarf malzemeleri, tesis yetenekleri gibi konuların kontrolü sağlar. Ayrıca ergenlerin özel ihtiyaçlarına dikkat ederek kadınların bilinçli karar verme, özerklik, mahremiyet ve mahremiyete saygı, tecavüze uğramış kadınlar için özel hükümler ve sağlık hizmeti sunucuları tarafından vicdani ret konularına dikkat edilmelidir.

• Sağlık hizmeti sunanların hizmet sunum performansının sağlanması; eğitim, destekleyici ve kolaylaştırıcı denetim, izleme, değerlendirme ve diğer kalite iyileştirme süreçleri gibi hususlar uygulandığında mümkün olabilmektedir. Eğitim, yeterliliğe dayalı olmalı ve güvenli, isteyerek düşük/kürtajın sağlanmasıyla ilgili sağlık hizmeti sağlayıcılarının tutumlarını ve etik konuları da ele almalıdır. İzleme ve değerlendirme, rutin hizmet istatistiklerinin ve güvenli kürtaj göstergelerinin toplanmasını, kontrol listelerinin kullanımını, periyodik özel çalışmaları ve geri bildirimi içermelidir.

• Finansman; sağlık hizmeti bütçeleri, personel maliyetlerini, eğitim programlarını, ekipmanı, ilaçları, malzemeleri ve sermaye maliyetlerini içermelidir. Hizmetlerin, ihtiyacı olan kadınlara uygun fiyatlı hale getirilmesi de dikkate alınmalıdır. Mevcut sağlık hizmetlerine güvenli kürtaj hizmetleri eklemenin maliyetleri, güvenli olmayan kürtajın sağlık sistemine maliyetine ve kadın sağlığı kazanımlarına kıyasla muhtemelen mütevazı olacaktır.

• Politika ve program geliştirmeye yönelik sistematik bir yaklaşım; politika ve programların nihai sonucu kadın sağlığını ve insan haklarını geliştirmeyi akılda tutarak planlamak ve uygulamak anlamına gelir. Mevcut durumu değerlendirmeyi içerir; müdahaleleri tanıtmak ve küçük ölçekte fizibilitesini, kabul edilebilirliğini ve etkinliğini test etmek ve daha sonra faydaların sağlık sistemi performansı ve kadınların, ailelerinin ve topluluklarının sağlığı ve esenliği üzerinde daha geniş etkilere sahip olabilmesi için başarılı müdahalelerin ölçeğini genişletmek ve ölümleri azaltmak için gereklidir. Güvenli olmayan kürtajdan kaynaklanan ölümleri ve yaralanmaları engelleyerek, kadın sağlığının ve güvenli, yasal olarak teşvik edilen kürtajın sağladığı insan haklarının korunması esastır. (DSÖ 2012).

1.6. Düşükler

Fetusun rahim dışında yaşama yeteneği kazanmadan gebeliğin sonlandırılması düşük (abortus) olarak tanımlanmaktadır. Fetusun 20 haftadan küçük olması veya 500 gramın altında olması da düşük olarak adlandırılmaktadır (Akın ve Özvarış 2012).

Düşükler farklı amaç ve bakış açılarına göre çeşitli şekiller sınıflandırılmaktadır. DSÖ kendi tanımının, özellikle uterus dışında fetüsün hayatta kalma yetisini kazandıktan sonra uygulanan düşüklerde yetersiz olacağını düşünmüş

ve farklı tanımlamalarda bulunmuştur. Bu bağlamda adli tıp alanında çocuk düşürme ya da abortion-düşük kavramı, gebeliğin bozulması sonucu fetüsün ya da embriyonun zamanından önce ve ölü şekilde rahimden çıkması biçiminde ele alınmaktadır. Herhangi bir uyarı ile ya da kendiliğinden başlamış olan düşük nedeniyle sağlık kuruluşuna başvurulan durumlar tamamlanmamış düşük (incomplete abortion) şeklinde ele alınmaktadır. Bu durumda bağlantı dokular ya da fetüsün kendisi rahim dışına çıktığı için gebeliğin devam ettirilmesi mümkün değildir fakat gebelik ürününün bir kısmı halen rahim içindedir. Bu dokuların ciddi komplikasyonlar oluşturmaması ve enfeksiyona yol açmaması için rahimden çıkartılması gerekmektedir. Bu nedenle terapötik düşük uygulanarak tamamlanmamış düşük tamamlanmaktadır. Eğer düşük sürecinde rahim içinde enfeksiyon oluşursa septik düşük, ikiden çok gebeliğin düşükle bitmesine ise habitüel düşük adı verilmektedir. Bu klinik tanımlamaların yanı sıra düşük sınıflandırılması teşhis kriterlerine göre de yapılabilmektedir. fetus ve diğer kısımların bir kısmının rahimden çıkıp, diğer kısmının rahim içinde kaldığı durumlara abortus inkompletus, gebelik ürünün rahim kavitesinden çıkıp servikal kanalı doldurduğu durumlara abortus servikalis, fetus ve diğer kısımların tamamının düşürüldüğü durumlara abortus kompletus, yoluna girmiş düşük olgularında abortus inspiens, yaklaşan kesin bir düşük durumuna abortus imminens ve düşük belirtileri varlığına ise düşük tehdidi adı verilmektedir. Ölen fetusun iki ay ya da uzun süreli olarak uterusda kalmasına missed abortion (olmayan düşük) adı verilir ve sınıflandırılması kendiliğinden düşüklerle yapılır. Mol hidatiform ve dış gebelik ise düşük olarak ele alınmamaktadır ve ayrı olgular şeklinde değerlendirilirler (Çokar 2009).

1.6.1. Kendiliğinden Düşük (Spontaneous Abortion)

Dünya Sağlık Örgütüne göre gebeliklerde herhangi bir müdahale olmadan gerçekleşen düşükler kendiliğinden düşük olarak tanımlanmaktadır ve bütün gebeliklerin %10-20'inde görülmektedir. Kendiliğinden düşüklerin nedenleri arasında embrioya ait kromozomal anomaliler, progesteronun azlığı, servikal yetmezlik, uterusta meydana gelen şekil deformeleri, uterusa direkt uygulanan travmalar, ilaçlar (özellikle sitotoksik ajanlar ve prostaglandinler), stres gibi sorunlarda yer almaktadır (Yılmaz ve ark 2010, Çelikalp ve Yorulmaz 2016).

TNSA (2018) verilerine göre evli kadınlarda en az bir defa kendiliğinden düşük yapma oranı %22 iken; bu verilerin elde edildiği yıldan önceki beş yılda gebeliklerin tamamının %13'ü kendiliğinden düşük ile sonlanmıştır.

1.6.2. İstemli Düşük (Induced Abortion)

Dünya Sağlık Örgütüne göre isteyerek düşük, gebeliğin herhangi bir müdahale ile sonlandırılma durumu olarak tanımlanmaktadır. İsteyerek düşükler, sağlık sistemi dışında güvenli olmayan biçimlerde yapılabildiği gibi, sağlık kurallarına ve yasalara uygun güvenli tıbbi ortamlarda da yapılabilmektedir. İstemli düşükler, annenin sağlığına yönelik önemli risk faktörleri olmadığında, gebeliğin onuncu haftaya kadar sonlandırılmasıdır. Güvensiz gerçekleşen düşükler, kadının mortalite ve morbiditesini önemli derecede etkilemekte ve arttırmaktadır (Şenoğlu ve ark 2019).

1.6.3. İsteyerek Düşükler ve Etkileyen Faktörler

Çok eski dönemlerden beri istenmeyen gebeliklerin sonlandırılması için farklı yöntemler kullanılmaktadır. Yasal düzenlemeler olmadığında ya da yasal düzenlemeler olsa bile tıbbi yöntemlere ulaşım sağlanamayan durumlarda kadınlar gebeliklerini sonlandırmak için güvensiz yollara başvurmakta ve kendi sağlıklarını riske atmaktadırlar (Tezcan ve Akadlı Ergöçmen 2012).

Son 10 yılda bakıldığında isteyerek düşük eyleminin gerçekleştirilebileceği yerlerde zamanla farklılıklar olduğu gözlenmektedir. Yapılan araştırmalar sonucunda bu hizmetin sunumunda büyük aksaklıklar olduğu hatta hiç hizmet verilmediği ortaya çıkmıştır. Türkiye'de kamu hastanelerini kapsayan bir çalışmada isteğe bağlı düşük veya kürtaj hizmetinin yeterli düzeyde olmadığı gösterilmiştir. Araştırmaya göre toplam 295 kamu hastanesi ile görüşmeler yapılmış, 10 tanesinde (hastanenin bulunduğu iller Ankara, Amasya, Bayburt, Burdur, Hakkâri, Şanlıurfa, Tekirdağ, Tunceli) isteğe bağlı düşük/kürtaj hizmeti herhangi gerekçe aranmadan sağlanırken, 185 tanesinde bu konu ile ilgili bir işlem sağlanmamaktadır (O'Neil ve arkadaşları 2020). Yine Kadir Has Üniversitesi Toplumsal Cinsiyet ve Kadın Çalışmaları Araştırma Merkezi tarafından Ekim 2015-Nisan 2016 tarihleri arasında yürütülen çalışmada, Batı Marmara ve Doğu Karadeniz bölgesinde yaklaşık 1,5 milyon doğurganlık çağında kadın olmasına rağmen, bu bölgelerde isteğe bağlı olarak kürtaj hizmeti sunan bir devlet hastanesinin bulunmadığı bildirilmiştir. Türkiye' de 81 il

arasından 53 ilde isteğe bağlı düşük ve kürtaj hizmeti veren devlet hastanesi bulunmadığı da açıklanmıştır (O'Neil ve arkadaşları, 2016).

Türkiye' de gebeliğin isteyerek sonlandırılması gebelik süresinin 10. Haftasının sonuna kadar (2,5 ay) yasal olarak kabul edilmektedir. 2018 TNSA verilerine göre son beş yılda isteyerek düşüğü olan kadınların gebelik haftaları şu şekildedir: ilk ayında düşük yapan kadın oranı %49'u, gebeliğin ikinci ayında istemli düşük yapan kadın oranı %26'dır. Gebeliğin üçüncü ayı ve sonrası olan önerilen zamandan daha geç bir zamanda istemli düşük yapan kadınların oranı ise %25'dir (TNSA 2018). Düşüğün yasal olmadığı dönemlerde Türkiye'de yapılan bazı çalışmalarda giderek arttığı belirtilmiştir. Bu artışın kaynağı kadının eğitim düzeyinin artması ve kentlerde oturan kadınların sağlık hizmetlerine ulaşımının daha fazla olmasının rol oynadığı vurgulanmaktadır. Pek çok araştırma neticesinde, sosyal veya ekonomik sebeplerle çocuk düşürmenin yasayla önlenemeyeceği de vurgulanmaktadır (Akın 2012). İsteyerek düşüğe karar verme sürecinde her 5 kadından 3'ü (%62) gebeliklerini doktor önerisiyle sonlandırırken, her 10 kadından ikisi (%20) gebeliklerini sonlandırmaya eşleriyle beraber karar vermişlerdir. %13 gibi daha az orandaki bir kadın grubu ise istemli düşük kararını kendileri almışlar ve %3'ünün istemli düşüğüne yalnızca eşi karar vermiştir (TNSA 2018).

Son yıllarda ülkemizde düşük/kürtaja ilişkin tutumların incelendiği sosyal çalışmalara daha sık rastlanılmaktadır. Kadir Has Üniversitesi tarafından hazırlanan "Türkiye'de Toplumsal Cinsiyet ve Kadın Algısı Araştırması 2020'' raporuna göre, son 5 yılda kürtaja yönelik olumsuz tutumlarda artış olduğu belirlenmiştir. Bu Merkez tarafından yürütülen araştırma raporu, 2016'dan bu yana düzenli olarak her yıl 18 yaş ve üstü 1216 kişi ile gerçekleştirilen çalışma sonucuna göre hazırlanmıştır. Analizler sonucunda, "Kürtaj sadece belirli durumlarda uygulanabilir'' ifadesini uygun bulanların sayısı 2016 yılında %52'den, 2020 yılı %70'e yükselmiştir. "Kürtaj yasaklanmalıdır, çünkü kürtaj savunmasız bir cana kıyımdır" ifadesi ise %42'den %70'e yükselmiş, "Kürtaj yasaklanmalıdır çünkü günahtır" ifadesi %40'dan %64'e ve "Kürtaj yasaklanmalıdır çünkü geleneğimize aykırıdır" ifadesi ise %36'dan %60'a yükselmiştir (TCKÇAM 2020).

1.6.4. İsteyerek Düşükler ve Aile Planlaması Kullanımı

İsteyerek düşük öncesinde kadının gebeliği önlemek için bir yöntem kullanıp kullanmadığı ya da hangi yöntemi kullandığının tespiti çok önemlidir. Çünkü gebeliğin isteyerek düşükle sonuçlanması genel olarak gebeliği önleyici yöntemlerin kullanılmaması, hatalı kullanılması ya da yetersiz kalması sebebiyle ortaya çıkmaktadır (Akın ve Terzi 2020).

TNSA (2018) sonuçlarına göre, evli kadınlarda istemli düşük yapma sonrasında önleyici yöntem alma oranı %40, gebeliği önleyici yöntemi düşük öncesinde kullanma oranı %36; önceki beş senede en az bir defa istemli düşük yapma oranı %6; önceki beş yılda düşük yapan kadınlarda gebeliğin hekim önerisiyle sonlandırılması oranı %62; gebeliğin ilk ayında istemli düşük yapma oranı %49, düşük için özel sektör hizmetlerin faydalanma oranı ise %49'dur (TNSA 2018). TNSA 2013'de kadınların isteyerek düşükten önceki ayda geri çekme yöntemine %36,9 oranında başvurdukları belirlenirken TNSA 2018' de bu oran %20 olarak belirlenmiştir. Her ne kadar TNSA 2013'de bu oran 2018'de yarıya kadar düşsede, ülkemizde geleneksel yöntem kullanımının hala yaygın olduğu, istenmeyen gebelik için risk faktörü olduğu kaçınılmaz gerçektir (Akın ve Terzi 2020).

1.7. Güvenli Olmayan Düşükler

İstenmeyen gebelik deneyimi yaşayan bireyler, güvenli kürtaja/düşüğe erişemedikleri zaman başka bir yol daha olan güvenli olmayan düşük/kürtaja başvururlar. Kadınların yasal ve güvenli düşük/kürtaja ulaşmadaki engeller ise: Kısıtlayıcı düşük/kürtaj yasaları, düşükte sağlık hizmetlerin yeteri kadar kullanılmaması, bedelinin fazla olması, damgalama korkusu, sağlık hizmeti sağlayıcılarının vicdani reddi ve zorunlu bekleme süreleri, danışmanlığın zorunlu olarak alınacak olması, yanlış yönlendirmeler, üçüncü taraf yetkilendirmesi ve düşük/kürtaj girişimi ve bakımını geciktiren gereği olmayan ihtiyaçlar olarak belirtilmektedir (DSÖ 2020).

Güvenli olmayan isteyerek düşükler, düşüğün uzman olmayan bireylerce yapılması, sağlığa hasar verecek yöntemlerin uygulanması ve düşüğün sağlık koşullarının uygun olmadığı yerlerde yapılması diğer düşük türlerinden ayıran özelliklerdendir. Güvenli olmayan düşükler küresel olarak, tüm anne ölümlerinin

%13'ünü oluşturmaktadır ve özellikle de önemli ölçüde morbiditeye katkıda sağlamaktadır. Güvenli olmayan düşük/kürtaj sorununa neden olan faktörler arasında kısıtlayıcı kürtaj yasası, doğum kontrol hizmetlerinin yetersizliği ve sağlık hizmetlerinin sunulmasındaki yetersizlikler bulunmaktadır (Rasch 2011). Her yıl anne ölümlerinin %4,7-%13,2'si güvenli olmayan düşüklere bağlı olarak gerçekleşmektedir. Gelişmiş ülkelerde, her 100.000 güvenli olmayan düşük için 30 kadının öldüğü tahmin edilirken, gelişmekte olan ülkelerde 100.000 güvenli olmayan düşük başına 220 ölüme ve Sahra altı Afrika'da 100.000 güvenli olmayan kürtaj başına 520 ölüme kadar yükselmektedir (DSÖ 2020).

1.7.1. Güvenli Olmayan Düşük Yöntemleri ve Olası Sonuçları

Kadınların güvenli olmayan düşük/kürtaj yaptırdıkları koşullar, uygulanan geleneksel yöntemlere, bu hizmeti sağlayanların türlerine ve yapılan işlemin yasadışı olmasına rağmen düşük/kürtaj yapmaya istekli olan eğitimli sağlık profesyonellerinin olmasına bağlıdır. Rach (2011), Pakistan'da yakın bir zamanda yapılan bir araştırmaya göre kadınların istenmeyen gebeliklerinin %80' nini doktorlar, kadın sağlığı ilgilileri veya hemşireler, ebeler gibi sağlık profesyonelleri tarafından sonlandırıldığını belirtmektedir (Rasch 2011).

Güvenli olmayan düşük eylemini hem kadın kendi kendine uygulayabilmekte hem de yasal olamayan yollarla olumsuz sağlık koşullarında uygulanabildiği görülmektedir (Çokar 2009). Kilim/halı silkelemek, ağır eşya taşımak, karın bölgesinde ağırlık koymak, rahmin içine doğru sivri uçlu nesneler sokmak, rahmin içine doğru kimyasal maddeler yerleştirmek, bitkisel karışımlar içmek, kan sulandırıcı ilaçlar kullanmak gibi yöntemler düşük başlatmak için kullanılmaktadır. Bunlar kadının yaşamını riske atarken aynı zamanda hem ruhsal hem de fiziksel yönden kalıcı hasarlara yol açabilmektedir. Yoğun kanama sebebi ile ölümler gerçekleşmesi, kısırlık, rahim ağzında yırtılma, suçluluk duygusu, pişmanlık bunlardan bazılarıdır (Kane, Galli ve Skuster 2013).

Güvenli olmayan kürtajla ilgili damgalanma kaygısı nedeniyle, kadınlar gebeliklerini başka kimseyle paylaşmamakta ve sadece gizli olarak düşük/kürtaj konusunda yardımcı olabilecek kişilere söylemektedirler. Bu deneyimi yaşayan kadınlar genellikle ilk olarak geleneksel şifacıların sağladığı daha ucuz ve etkili oaln

yöntemleri tercih ederler. Gebeliklerini sonlandırmak için sıralı kürtaj yöntemlerini denerler ve bu girişimler başarısız olduğunda daha kesin çözüm ile sonuçlanan ve maliyeti daha yüksek yöntemlere yönelmektedirler (Rasch 2011).

Güvenli olmayan düşük yaşayan kadınlar düşüğün hemen ardından yaşam kalitelerini etkileyebilecek birçok sorunlarla yaşayabilir ve bazıları hayatını tehdit eden komplikasyonlarla savaşabilir (DSÖ 2020). Güvensiz düşük/kürtaj nedeniyle gerçekleşen 66.500 yıllık anne ölümleriyle birlikte bu deneyimi yaşan çok daha fazla sayıda kadın ciddi sağlık problemleri yaşamaktadır. Nijerya'da yapılan bir çalışmada, 2002 yılını kapsayan dönemde düşük/kürtaj komplikasyonları nedeni ile sağlık kuruluşuna başvuran 586 kadın hastadan toparlanan veriler ışığında en yaygın komplikasyonlar arasında, enfeksiyon (%55), kanama (%17) ve genital sistem travması (%12) olarak yer almaktadır. Bu komplikasyonlara ek olarak daha az yaygın olan fakat çok ciddi sağlık sorunu teşkil eden septik şok, böbrek yetmezliği, bağırsak delinmesi ve peritonitte yaşanan şikayetlerdir. Diğer bir yaygın olarak seyreden komplikasyonlar ikincil kısırlığa yol açabilen kronik ağrı, üreme sistemi iltihabı ve pelvik iltihaplı hastalıktır. Sınırlı verilere dayanan tahmini sonuçlar, uygun şartlarda ve usulüne göre olmayan düşüklerin sonucu olarak her yıl yaklaşık 1,7 milyon kadında ikincil kısırlık olduğunu ve yılda üç milyondan fazla kişinin üreme yolu enfeksiyonları yaşadığını da bildirmektedir (Rasch 2011).

İstemli güvenli olmayan düşüşe bağlı olarak gelişen morbidite ve mortalite riski düşük eylemini yapan kişinin uygulama durumu, kadının gebelik ve doğum öyküsü, yaşı, cinsel yolla bulaşan bir hastalığın eşlik etmesi, kadının sağlık durumu, kullanılan yöntemler ve düşük yapılan ortamın koşulları gibi özelliklere göre değişebilmektedir. Gelişen komplikasyondan sonra oluşacak morbidite ve mortalite riski, sağlık hizmetlerinin kullanılabilirliği ve ulaşılabilirliği ile ilişkilidir (Çokar 2009).

2.GEREÇ VE YÖNTEM

2.1. Araştırmanın Amacı

Kadın ve çocuk sağlığının belirleyicilerinden olan isteyerek düşüklerin sağlık hizmetlerindeki yerini bilmek önemlidir. Bu çalışmanın amacı, kadınların istenmeyen gebelik ve isteyerek düşük deneyimlerini ve bu süreci oluşturan koşulları betimlemektir.

2.2. Araştırmanın Türü

Araştırma tanımlayıcı, nitel türdedir. Özellikle keşfedici araştırmalarda kalitatif (nitel) veri toplama yöntemleri sıklıkla kullanılmaktadır (Kurtuluş 2010). Kişilerin ifade etmeye zorlandığı konularda dolaylı bilgi alınmasına ve kişiyle birebir derinlemesine görüşmeyle ayrıntılı bilgi toplanmasına olanak tanıyan kalitatif tekniklerden çalışmada yararlanılmıştır.

2.3. Araştırmanın Yapıldığı Yer

Konya İli genelinde istenmeyen gebelik deneyimi olan ve araştırmaya katılmayı kabul eden kadınlarla kendilerini rahat hissettikleri informal ortamlarda görüşme sağlanmıştır.

2.4. Araştırmanın Örnekleme Yöntemi ve Örneklemi

Çalışmada, kartopu örnekleme ve amaçlı örnekleme yöntemi kullanılmıştır. Kartopu örneklemesi erişilmesi arzu edilen ana kütlenin saptanmasının zor olduğu ve araştırmacının ulaştığı örnekleme çerçevesinin çok sayıda örnek kişiyi içine almadığı durumlarda kullanılan bir örnekleme yöntemidir (Gegez 2007). Amaçlı örnekleme ise derinlemesine araştırma yapabilmek amacıyla çalışmanın amacı bağlamında bilgi açısından zengin durumların seçilmesidir (Büyüköztürk ve ark 2012).

Araştırma grubunu, Konya'da yaşayan, son 2 yıl içinde istenmeyen gebelik deneyimi olan ve bu gebeliklerini on haftanın altındayken isteyerek düşükle sonlandıran 18-49 yaş aralığındaki kadınlar oluşturmuştur. Araştırma verilerinde doygunluğa ulaşılması sonucu örneklem 13 kadınla sınırlandırılmıştır.

2.4.1. Çalışmaya Dahil Etme Kriterleri

- 18 yaş ve üzeri kadın olma
- Türkçe okuma yazma bilme
- Son iki yıl içinde isteyerek düşük/kürtaj yaşamış olma

2.4.2. Çalışmadan Dışlama Kriterleri

- Hiç gebelik geçirmemiş olma
- Araştırmaya katılmayı kabul etmeme veya sorulara yanıt verebilecek kognitif yeteneğe sahip olmama.

2.5. Veri Toplama Aracı ve Yöntemi

Araştırmacı tarafından literatür (TNSA 2018, Moseson ve ark 2020, Gerdts ve ark 2017) doğrultusunda hazırlanan yarı yapılandırılmış görüşme formu (Bkz. EK-A) ile veri toplanmıştır. Formda sosyo-demografik özellikler, obstetrik özellikler, aile planlaması ve yöntem kullanımı ile ilgili özellikler, istenmeyen gebelik ve düşük deneyiminin yer aldığı sorular bulunmaktadır. Veriler, daha güvenilir ve daha yüksek cevaplanma oranı olan yüz yüze görüşme yöntemi ile toplanmıştır.

Katılımcılarla ilk tanışmadan sonra kendilerini rahat hissettikleri ve anlatmaya hazır oldukları zamanda görüşmeye başlanmıştır. Görüşme formunda hazırlanan sorular güvenli bir sohbet ortamı oluştuktan sonra öncelikle katılımcılara sorular yöneltileceğini ve bu soruların cevaplarının ses kaydı veya not alınarak kayıt altına alınacağı bilgisi verilip bilgilerin gizliliği ve bilimsel araştırma için kullanılacağı açıklandıktan sonra onamları alınmıştır. Katılımcılarla görüşme konuşmanın seyrine göre yaklaşık 60-90 dakika arasında sürmüştür. Görüşme yapılan katılımcı ile görüşmenin sona erdiğini belirttikten sonra araştırmaya katılabilecek başka kişileri önerip önermeyeceği sorulmuştur.

Araştırmacı tarafından yapılan görüşmelerde, cevapların sadece araştırmacı tarafından dinleneceği belirtilerek onay veren kişiler ile görüşmelerde ses kaydı yapılmış ve not tutma tekniği kullanılmıştır. Katılımcıların isimleri numaralandırılarak kodlama yapılmıştır. Bu hususta kendilerine de bilgi verilmiştir. Ayrıca görüşme

sonucunda katılımcılara iletişim bilgilerinin yer aldığı kartlar verilmiş, istenmeyen gebelik deneyimi yaşayan tanıdıkları varsa veya olursa onlara çalışmayı anlatmaları istenmiştir. Katılımcılar tarafından ulaşılan tanıdıkları çalışmaya gönüllü olarak katılmak isterlerse kartlarda yer alan iletişim numarasından araştırmacıya ulaşarak görüşme planlaması yapılmıştır.

2.6. Araştırmanın Etik Yönü ve Resmi İzin

Araştırma Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 24.02.2021 tarih ve 2021/133 karar numarası ile etik kurul izni (Bkz. EK-C) alınmıştır.

Araştırmaya katılan tüm katılımcıların gizliliğe dayalı bilgilendirilmiş yazılı onamları alınmıştır.

2.7. Araştırmanın Geçerliliği

Nitel çalışmalarda inandırıcılığı ve aktarılabilirliliği sağlamak için ayrıntılı betimleme ve amaçlı örnekleme yapılması gerekir (Yıldırım ve Şimşek 2016). Bunun için en kullanışlı yöntemlerden biri, araştırmanın her bir aşamasının ve izlenen yolun detaylı olarak açıklanmasıdır. Çalışmada katılımcıların ayrıntılı tanıtımı yapılarak, doğrudan alıntılara (kadınların ifadelerini hiç değiştirmeden) yer verilerek inanırlık ve aktarılabilirlik sağlanmıştır. Literatür ile desteklenip, yöntemler ayrıntılı bir şekilde açıklanarak güvenirlik oluşturulmuştur. Aynı zamanda araştırmacı, katılımcıların beden dillerini, mimiklerini izleyerek gözlemler yoluyla her görüşme sırasında kâğıda yazılı şekilde alan "notları" tutmuştur.

2.8. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırma sonuçları sadece araştırmaya katılan kadınlara genellenebilir ve araştırmanın yapıldığı zaman için geçerlidir.

2.9. Verilerin Analizi

Araştırma süresince katılımcılarla yapılan görüşmeler sonucunda onların görüşlerini yansıtabilmek için betimleyici ve tematik analizden yararlanılmıştır. Nitel veri analizlerinde genellikle üç yol kullanılır ve bunlardan ilki, elde edilen çalışma

verilerinin özgün haline bağlı kalınarak ve gerektiğinde katılımcıların ifadelerinden doğrudan alıntı yapılarak betimsel olarak verilerin değerlendirilmesidir. İkinci olarak verilerin betimsel bir yaklaşımla sunmanın yanında temalar belirlenerek kavramlar arasında ilişkiler kurularak sunulmasıdır. Üçüncü yol ise betimleyici ve tematik analizin yanında kendi yorumlarını da kullanarak verilerin analiz edilmesidir. Bir araştırmada bu üç analiz yöntemi birlikte kullanılarak da veri analizi yapılabilmektedir (Yıldırım ve Şimşek 2008). Elde edilen verilerin mümkün olduğunca özgün haline bağlı kalınarak ve katılımcıların ifadelerinden gerektiğinde direkt alıntı yapılarak betimsel bir yaklaşımla veriler sunulmuştur. Öncelikle kadınlarla derinlemesine görüşmeler yapılmış, bu görüşmeler not olarak azılmış veya izin verilen konuşmalar ses kayıt cihazı ile kaydedilmiştir. Görüşmeler bittikten sonra tüm kayıtlar Microsoft Word programında yazıya geçirilmiştir. Bu programa tüm görüşme soruları yazılmış ve bu soruların altına kadınların verdiği yanıtlar yerleştirilmiştir. Benzer özellikteki yanıtlar veri setlerinin yanında kodlanmıştır. Bulgular yorumlanarak hem doğrudan alıntı hem de olgunun kavramlar tanımlanması şeklinde rapor haline getirilmiştir.

Bulguların sunulmasında, doğrudan alıntıların işlenmesinde katılımcılar için görüşme numaraları A1, A2, A3 .... şeklinde kodlama yapılmıştır. Kadınların bazı ifadeleri alıntı şeklinde bulgular bölümünde verilmiştir. Görüşmeci numaraları ifadelerin sonunda belirtilmiştir.

2.10. Araştırma Soruları

Araştırma Sorusu 1: Kadınların istenmeyen gebelik deneyimi, nedenleri ve gebelikten korunmak için aile planlaması yöntemleri hakkındaki düşünceleri nelerdir?

Alt Sorular:

- İstenmeyen gebelik öncesi hangi yöntemi kullanıyordunuz?
- İstenmeyen gebelik sonrası hangi yöntemi kullanıyorsunuz?
- Bu konuda danışmanlık aldınız mı?
- İstenmeyen gebeliğiniz nasıl sonlandı?

Araştırma Sorusu 2: Kadınların istenmeyen gebeliği sonlandırmaya yönelik bilgi düzeyi nedir?

Alt Sorular

- Ülkemizde hangi haftaya kadar ve hangi koşullarda düşük/kürtaj yapılmaktadır?
- Gebeliğinizin sonlandırılması konusunda sağlık hizmetine erişim süreci nasıldır?

Araştırma Sorusu 3: Kadınların istenmeyen gebeliği isteyerek sonlandırmaya karar verme süreci nasıldı?

Alt Sorular

- Yaşadığınız hangi koşullar sizi gebeliği sonlandırma kararını vermeye zorladı?
- İstenmeyen gebeliğin isteyerek sonlandırılması için kararınızı etkileyen faktörler nelerdir?
- Gebeliğinizi öğrendiğinizde gebeliğinizi sonlandırmakla ilgili biriyle konuştunuz mu?
- Bu kararı kiminle aldınız?

Araştırma Sorusu 4: Kadınların sağlık arama davranışları nelerdir ve süreç nasıl işlemiştir?

Alt Sorular

- Gebeliğinizi sonlandırmak için geçirdiğiniz süreci anlatır mısınız?
- Gebeliğinizi sonlandırmak için nasıl bir yol izlediniz?
- Gebeliğin sonlandırılmasının başkası tarafından yapılmasına karar verdiyseniz, kimsenin adını vermeden işlemin gerçekleştiği yer hakkında bilgi verebilir misiniz?

- Gebeliği kendiniz sonlandırmaya çalıştıysanız kullanacağınız yönteme nasıl karar verdiniz?

- İlaçla gebeliği sonlandırdıysanız isim vermeden, ilacı nasıl temin ettiğinizden ve ilacın kullanımı ile ilgili bilgileri nereden aldığınızdan bahseder misiniz?

- Gebelik sorunsuz bir şekilde sonlandırıldı mı?

- İstenmeyen gebeliğin sonlandırılmasından sonra sorununuz oldu mu?

- Gebeliğin isteyerek sonlandırılmasından sonra herhangi tıbbi veya başka bir yardım aldınız mı?

Araştırma Sorusu 5: İstenmeyen gebeliğin sonlandırılmasından sonra kadınların hissiyatları ve tavsiyeleri nelerdir?

Alt Sorular

- Gebeliğin sonlandırılması ve yaşadıklarınız hakkında ne hissettiniz?

- İstenmeyen gebelik yaşayan bir kadın sizden yardım/bilgi istese ve ne yapması gerektiğini sorsa, ona ne söylemek istersiniz?

3. BULGULAR

Bu bölümde, katılımcıları tanıtıcı bilgilerle birlikte, kadınların istenmeyen gebelik ve isteyerek düşük deneyimlerine, tutumlarına ve bu süreci oluşturan koşullara yönelik bulgulara yer verilmiştir.

3.1. Katılımcıların Demografik ve Obstetrik Özellikleri

Katılımcıların Demografik Özellikleri

Tablo 3.1'de, çalışma popülasyonunun demografik özelliklerine ilişkin veriler sunulmaktadır. Katılımcıların ortalama yaşı 28,61 yıl ve yaş aralığı 20 ile 41 arasında değişmektedir. Kadınların 1'i ilkokulu bitirmiş, 6'sı ortaokulu bitirmiş, 4'ü liseyi bitirmiş ve 2'si yüksek öğretimi tamamlamıştır. Katılımcıların 8'i evli, 3'ü bekar ve 2'si boşanmıştır. Çalışma grubundaki 13 kadından üçünün herhangi bir sosyal güvencesi bulunmamaktadır. Kadınların 7'si işsiz olduğunu, 6'sı tam veya yarı zamanlı çalıştığını belirtmişlerdir.

Tablo 3.1. Araştırma Grubunun Demografik Özellikleri

Kod	Yaş	Öğrenim Durumu	Medeni Durum	Gelir Durumu	Sosyal Güvence	Çalışma Durumu	Evde Yaşayan Kişi Sayısı
A1	26	Lise	Bekar	Orta	Var	Çalışıyor	5
A2	41	İlkokul	Evli	Orta	Var	Hiç çalışmamış	6
A3	33	Lise	Evli	İyi	Var	Çalışıyor	4
A4	22	Üniversite	Bekar	Orta	Yok	Hiç çalışmamış	4
A5	34	Ortaokul	Evli	Orta	Yok	Hiç çalışmamış	5
A6	28	Ortaokul	Evli	Düşük	Var	Çalışıyor	3
A7	34	Ortaokul	Evli	Düşük	Var	Hiç çalışmamış	5
A8	28	Lise terk	Evli	Orta	Var	Hiç çalışmamış	6
A9	20	Ortaokul	Evli	İyi	Var	Hiç çalışmamış	5
A10	22	Lise	Bekar	İyi	Var	Çalışıyor	1
A11	20	Ortaokul	Evli	Düşük	Yok	Çalışıyor	6
A12	34	Üniversite	Boşanmış	Orta	Var	Hiç çalışmamış	3
A13	30	Lise	Boşanmış	Orta	Var	Çalışıyor	2

Katılımcıların Obstetrik Özellikleri

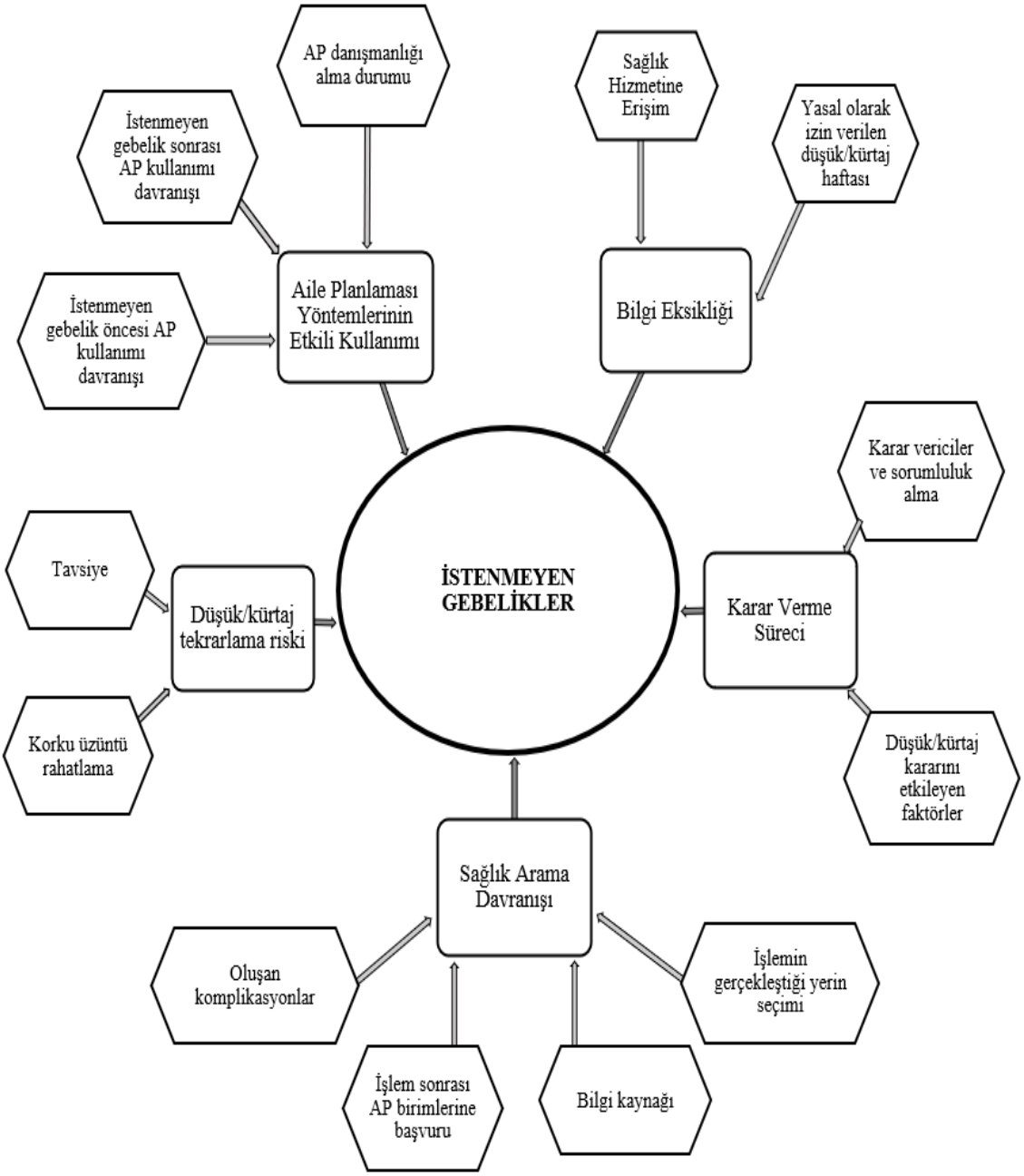
Tablo 3.2'de kadınların gebelik ve doğuma ilişkin bilgileri yer almaktadır. Tüm katılımcılar bu çalışma öncesinde gebelik yaşamıştır ve düşük yapılan gebelik 4 kadının ilk gebeliğidir. Kadınların ilk gebeliği 18-29 yaş arasında ve son gebeliği 19-41 yaş aralığında gerçekleşmiştir.

Tablo 3.2. Katılımcıların Obstetrik Özellikleri

Kod	İlk Gebelik Yaşı	Son Gebelik Yaşı	Toplam Gebelik Sayısı	Toplam Doğum Sayısı	Yaşayan Çocuk Sayısı
A1	24	24	1	0	0
A2	19	41	5	4	4
A3	26	32	3	2	2
A4	21	21	1	0	0
A5	22	32	3	2	2
A6	23	27	2	1	1
A7	20	33	4	3	3
A8	19	26	3	2	2
A9	19	19	1	0	0
A10	20	20	1	0	0
A11	18	20	2	1	1
A12	29	32	2	1	1
A13	22	28	2	1	1

3.2. Kadınların İstenmeyen Gebelik Karşısındaki Tutumları ve Etkileyen Faktörlere İlişkin Bulgular

Kadınların istenmeyen gebelik deneyimleri, gebeliği sonlandırmaya karar verme süreci ve bu süreci etkileyen faktörler, gebeliğin sonlandırılması ile oluşan durumların analizi sonucu oluşan kategoriler ve temalar Şekil 3.1'de gösterilmiştir. Yapılan analizde 5 ana kategori ve 13 alt kategori belirlenmiştir.



Şekil 3.1. İstenmeyen gebeliklerin sonlandırılmasına ilişkin faktörlerin analizi.

3.2.1. Aile Planlaması Yöntemlerinin Etkili Kullanımı

İstenmeyen gebelik öncesi AP yöntemi kullanım davranışı:

Kadınların AP yöntemleri ve yöntemlerin etkililiği konusunda bilgi ve farkındalıklarının düşük olduğu görüldü. İstenmeyen gebelik yaşayan kadınların 7'si kullandığı aile planlaması yönteminin başarısız olduğunu, 6'sı ise AP yöntemi kullanmadığını belirtmiştir.

‘‘*Spiral vardı aslında nasıl olmuş bende bilmiyorum’’(A3).*

‘‘Korunma bilmiyordum o zaman. Daha doğrusu bana evlenirken kimse anlatmadı ki eşimde işte normaldi.’’(A11).

‘‘Kondom kullanırken gebe kaldım’’(A12).

‘‘Yok kullanmadım. Yani işte. Aslında bu konuda hep sorun yaşadım. Kadın olmak çok zor. Eşim değişik biriydi farklı şeyleri vardı gerçekten hatırlamak bile istemiyorum’’(A13).

Düşük/kürtaj sonrası AP yöntemi kullanım davranışı:

İstenmeyen gebelik öncesinde olduğu gibi, kürtaj/düşük sonrasında da yöntem kullanımında sorunlar olduğu görülmektedir. İstenmeyen gebelik sonrasında AP yöntemi kullanmama nedenleri arasında, eşin yöntem kullanmak istememesi, bekar olma, eşinin yanında olmaması veya evliliğin sona ermesi yer almaktadır.

‘‘Korunmadım hiç. Eşim şehir dışında 3 yıldır pek gelip gitmiyor zaten. İlk başlarda 3-4 ayda bir olsa da geliyordu 1-2 hafta kalıp gidiyordu. 3 yıldır ayrı gibiyiz.’’(A7).

‘‘Bekar olduğum için herhangi bir yöntemi kullanmıyorum’’(A1).

AP danışmanlığı alma durumu:

Kadınların çoğunun etkili bir AP danışmanlığı ve eğitimi almadığı anlaşılmaktadır. Bazı kadınlar ise kendilerine verilen bilgilerin yetersizliğine ve eksikliğine vurgu yapmıştır.

‘‘Yok almadım. Eskiden o kadar bilgisizmişim ki ve çekingen, keşke şimdiki gibi olabilsem’’(A13).

‘‘Hayır. Bekarlar alabilir mi onu da bilmiyorum’’(A4).

“Evet spiral takmadan önce anlatmışlardı”(A3).

3.2.2. Bilgi Eksikliği

Yasal olarak izin verilen düşük/kürtaj haftası:

Kadınların tamamına yakını kürtajın ve düşüğün bir aile planlaması yöntemi olmadığını söylemiştir. Kadınlar Türkiye'de kürtajın yasal olduğunu bilmekle birlikte, çoğu düşük /kürtajın yapılabileceği yasal süreyi bilmediklerini veya bu süreçte öğrendiklerini belirtmiştir.

''Bu süreçte onları da öğrenmiş olduk. Bilmiyorduk tabi. Türkiye'de normalde 10 haftaya kadar olan gebeliklerde yasalmış. Diğer türlü tabi sıkıntılı''(A3).

''Evet yasal belli bir aya kadar on haftaya kadar yasal hakkı var aldırabiliyoruz''(A12).

''Evet yasal. Ama ne kadar bilmiyorum''(A13).

Sağlık hizmetlerine erişim:

Kadınların ifadelerinden sağlık sisteminde düşük/kürtal hizmetlerine erişimde zorlandıkları anlaşılmaktadır. Bu hizmetlere nasıl ulaşacaklarını bilemedikleri, gizlilik konusunda endişe yaşadıkları, hizmet alabileceklerine inanmadıkları, hizmetin ücretini karşılayamayacakları ve hizmete ulaşabilmek için sadece kendi kararlarının yetmediği görülmektedir.

''Yalnızsınız kime söyleyeceğinizi bilemiyorsunuz. Süreç hakkında belki fikriniz var ama neler yaşayacağınızı, nasıl yapacağınızı bilmiyorsunuz''(A10).

''Fark edilmemesi için gizlilik önemliydi''(A1).

3.2.3. Karar Verme Süreci

Düşük/kürtaj kararını etkileyen faktörler:

Kadınların istenmeyen gebeliklerini sonlandırma ve bunu nasıl yapacakları ile ilgili kararı vermelerinde etkili olan genel unsurlar: kadının statüsü (sosyoekonomik durum, erkeğe bağımlılık, eş desteğinin olmaması, toplumsal cinsiyet rolü), toplumsal baskı (dini inançlar, dışlanma korkusu) ve sağlık hizmetine erişimin (sağlık kurumunun işleyişini bilmeme, hizmet alamayacağına inanma, hizmetin ücreti ve

gizliliğin olmayacağına inanma) sağlamaması gibi unsurlardır. Gebeliği sonlandırma kararına zorlayan diğer koşullar ise çocuk sayısının fazla olması, son çocuğun yaşının küçük olması, aile içi geçimsizlik, ekonomik sıkıntı, bekar olma, evlilik dışı gebelik, eş desteğinin olmaması olarak belirlenmiştir.

''.... çocuğumu ateşlendiğinde gece yarısı sırtımda taşıyarak koşa koşa hastaneye götürdüğüm günler oldu. Eve yiyecek gelmediği günler oldu. Ailem bana para gönderdi yiyecek gönderdi yedik. Birde bana evde şiddet uygulanmaya başlandı. Nasıl bir çocuğum daha olabilirdi o kişiden. Çocuğum için yaptım dayandım her şeye ama olmuyor''(A13).

''Annemin evine gittikten sonra hamile olduğumu öğrendiğim için ve o çocuğa bakamayacağım için aldırmaya karar verdim''(A12).

''Evde zaten 6 boğaz bir tek bizim adam çalışıyor nasıl olacak derken diğerlerine zor bakıyoruz diye düşünürken eşime dedim. O da istemedi''(A2).

Karar vericiler ve sorumluluk alma:

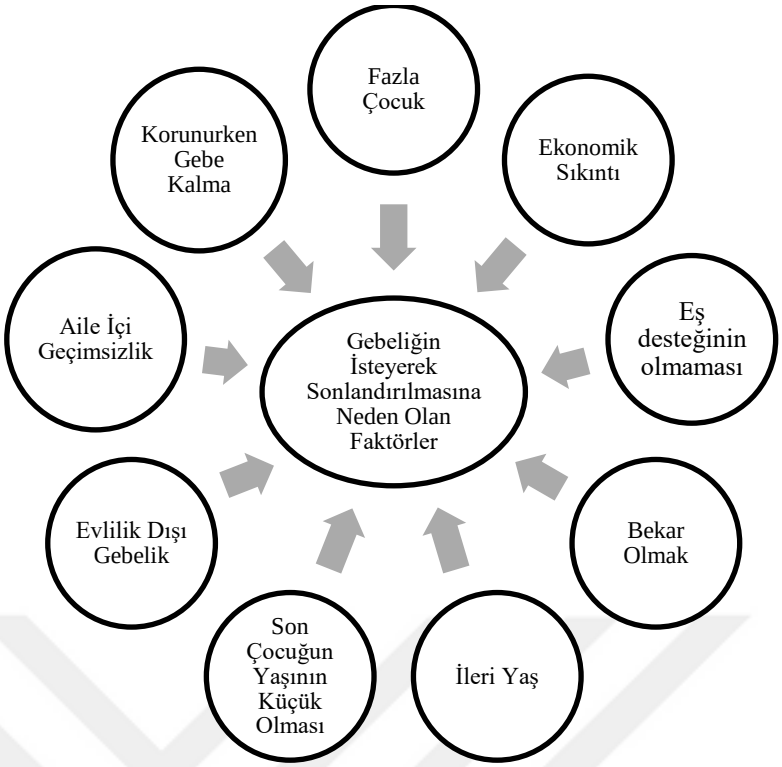
Düşük kürtaj karasını genellikle kadınlar tek başlarına vermişlerdir ve bu konudaki sorumluluğu da yüklenmişlerdir. Eş/partner desteğinin yeterli ve etkili olmadığı ifadelerde yer almaktadır.

''Tabi ki kendim karar verdim. Eşim şimdiki çocuklarımıza bakmıyor doğacak olana mı bakacak? Tekrar bi (bir) çocuğum daha dünyaya gelsin istemedim'' (A5).

''Eşim hiç istemedi zaten bende günah diye endişe ediyordum ama sonra ben de aldırmak istedim''(A2).

''Tabi ki evet kendim aldım''(A8).

''Kendim aldım. Daha doğrusu başka şansım yoktu''(A13).



Şekil 3.2. İsteyerek düşük/kürtaj kararını etkileyen faktörler.

3.2.4. Sağlık Arama Davranışı

Katılımcıların tamamının olayın gizli kalması, özellikle diğer aile bireyleri ve yakın çevre tarafından bilinmemesi yönünde çaba harcadığı görülmüştür. Bu durum işlemin nasıl yapılacağı ve işlemin yapılacağı yerin seçiminde etkili olmuştur. Bir sağlık kurumunda düşük yapan kadınların tamamında özel kliniklerin gizliliğe kamu kurumlarından daha fazla dikkat ettiği düşüncesi bulunmaktaydı.

İşlemin gerçekleştiği yerin seçimi:

Düşük/kürtaj kararı alan kadınlar işlemin gerçekleştirilmesine yönelik olarak aile hekimlerine veya diğer kamu sağlık kuruluşlarına başvurmayı tercih etmemişlerdir. Birkısmı kendi yöntemleri ile evde düşük yaparken diğerleri özel kliniklere başvurmuştur.

"… Ona dedim 'bu iş böyle olmayacak bir hal çaresine bakmak lazım. Elalem duyarsa ne yaparız ne deriz diye korkarken o özel bir yer bulmuş beraber gittik''(A7).

"Kimse bilmesini istemediğimiz için nasıl yapacağımızı bilemedik. İşyerinde duyulacak oradan memlekette duyulursa diye korktum. Özel klinikte yaptırmaya karar verdim. Partnerime söyleyince oda hemen kabul etti''(A10).

"...Onunla özel biryer bulduk orada yaptırdık geldik''(A5).

''Komşum özel klinik buldu. Onun sayesinde gittim aldırdım''(A13).

"Gittiğimiz özel muayenehanede çok ilgili davrandılar. Herşeyi anlatı doktor. Ben olayın şokunu atlatamadan bitti işte''(A4).

Bilgi kaynağı:

Gebeliğini kendisi sonlandıran kadınlar yüksekten atlama, karnı yumruklama, ağır kaldırma, bitkisel çaylar ve ilaç içme gibi yöntemler kullanmışlardır. Kadınlar kullandıkları bu yöntemleri kendilerinin daha önce bildiğini veya arkadaş/komşu ve internetten öğrendiğini belirtmişlerdir.

''Güvendiğim 1-2 ablaya sordum. Bazılarına sorarken başka bir arkadaş veya hastayla ilgiliymiş gibi sorular sorarak araştırdım''(A10).

''Gebe kalınca da mahfoldum. Ama hiç belli etmedim. İnternetten kadın sitelerinden bisürü benim gibi kadınla konuştum fikir aldım''(A8).

''Ne yapacağımı bilemedim. .... Daha öncelerde gördüğüm(internette) ilanların birinde bu durumlarda yardımcı olan poliklinikten bahsediyordu. Elimden geldiğince araştırdım''(A1).

''Hiçbir yere başvurmadım. Komşumdan öğrendiğim şeyleri denemeye başladım zaten bizim işler ağır ben daha bir şevkle kendimi zorlamaya başladım''(A9).

İşlem sonrası AP birimlerine başvuru:

Kadınlar istenmeyen gebeliklerini AP yöntem başarısızlığına ve yöntem kullanmamaya bağlamakla birlikte, düşük sonrasında da etkili AP yöntem kullanımı arayışına girmemişlerdir.

Oluşan komplikasyonlar:

Kadınlar yaşadıkları düşük/kürtajın sorunsuz gerçekleştiğini düşünmelerine rağmen, düşük sonrasında kramp, karın ağrısı, düzensiz kanama, zayıflık, yorgunluk, mide bulantısı/kusma, baş dönmesi, baş ve bel ağrısı, kötü kokulu akıntı gibi birçok şikayet ve komplikasyon da bildirmiştir. Fakat bunların önemli sorunlar olmadığı algısı ve başkalarının öğrenebileceği korkusu ile herhangi bir sağlık kuruluşuna başvurmamışlardır.

''Birinin duymaması lazımdı o yüzden kendim bişeyler denedim evde. Ben kendimde deneyince herhalde çok acılı oldu, karnımda, kasıklarımda çok ağrı oldu kramp oldu, kanamam oldu, bide kötü kokuyordu. ...Yok ne sağlık kuruluşu biri öğrenirse ne olacak sakın kesinlikle gitmedim'' (A7).

''Yok tabi ki gitmedim. Evdeki ağrı kesicileri içtim''(A8).

''Gitmedim. Evdeki ağrı kesicileri kullanarak o ağrıları dindirmeye çalıştım''(A12).

''Gitmedik. Zaten birinin öğrenmesini istemiyorduk. Gittiğimiz yerde ilaç vermişlerdi zaten''(A2).

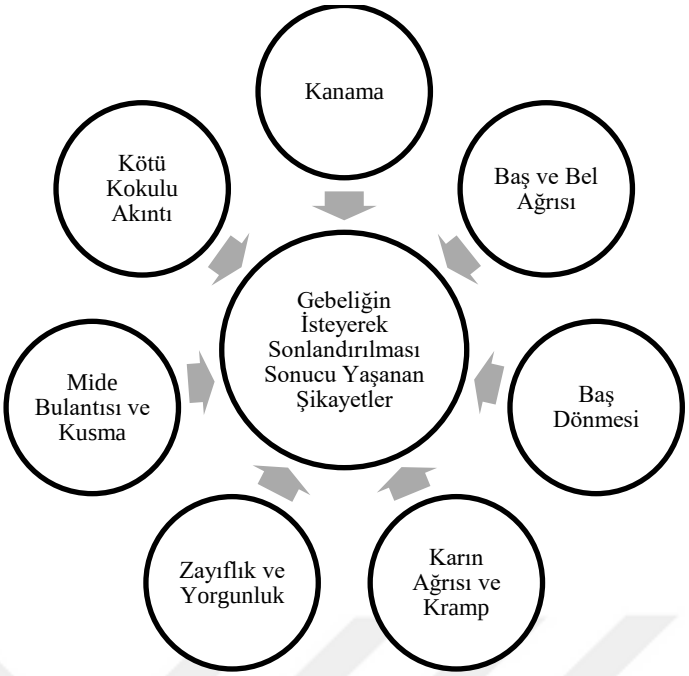
''Halsizlik, kusma, baş ağrısı, karın ağrısı gibi şikayetlerim oldu. Elimdeki kolumdaki bağ çözüldü gibi hissettim. Ağrılarım kanamam olsa da sabrettim.''(A12).

''Karnım ağrıdı, kanama oldu bide hiç halim yoktu, bacaklarım ağrıyordu. Ağrı kesici içebilirsin demişti ondan attım''(A11).

''Mide bulantım ve ağrım oldu ama herhangi bir yere gitmedim''(A2).

''Ya hassasiyet ve kramp çok fazla oldu. Tabi ağrı, halsizliğim baya kötü oldu''(A5).

''Ağrılarım kanamam olsa da sabrettim''(A9).



Şekil 3.3. İsteyerek düşük sonrası oluşan şikayet ve komplikasyonlar.

3.2.5. Düşük/ Kürtaj Tekrarlanma Riski

Korku-üzüntü-rahatlama:

Kadınların gebeliklerini sonlandırma şekilleri onların duygusal ve inanç yönünden zorluklar yaşadıklarını göstermektedir. Yaşadıkları tüm sıkıntılara rağmen sonuç onlar için olumlu algılanmaktaydı.

''İşlem tahmin ettiğimden daha kısa sürdü. İlk defa orada üzüldüğümü farkettim. O kadar endişe telaş korku ve düşüncenin arasından bir anda sıyrılıp rahatlamıştım''(A10).

''Günah olduğunu bile bile yapmak çok daha kötüydü. Ama çaresiz ve güçsüz hissediyordum kendimi belki de bu teselli benim için. Ama rabbim kimseye bunu yaşatmasın. Pişmanlık, acı, üzüntü her şeyi hissediyorsun''(A5).

''Üzgündüm ama içimde korku daha fazlaydı. Ama rahatlamıştım biliyor musunuz gebeyken daha cesaretsiz gibiydim. Ama yapmasaydım şimdiki durumda olamazdım ki eşime geri döndüm ben o da kabul etti çocuklarımız var. Şimdi daha iyiyim artık.''(A8).

''Üzülsem de sonrası bir rahatlama oldu. Sanki içinde bulunduğum çıkmazdan kurtulmak için bir umut ışığı doğmuştu. Elimdeki kolumdaki bağ çözüldü gibi hissettim''(A9).

Tavsiye:

Kadınlar yaşadıkları deneyimi kendileri ile aynı durumda olan başka kadınlara önermeyeceklerini söylemekle birlikte, mecbur kalınması durumunda bu kadınlara destek verebileceklerini belirtmişlerdir. Bu ifadeler kadınların aynı koşullarda istenmeyen gebelik yaşayabileceğini ve benzer yöntemlerle gebeliği sonlandırmaya çalışabileceklerini göstermektedir.

''Tabi de kimseye tavsiye etmem ama ya benim gibi zor durumda olan başka çaresi olmayan birisi olursa ne yapacağız. Ben yapmasaydım nasıl olurdu şimdi hiç bilmiyorum ama çok kötü olursa da belki tavsiye veririm''(A7).

''Önermem ama benim gibi zor durumda olup başka çaresi olmayana belki söyleyebilirim''(10).

''Asla kimseye tavsiye etmek istemem. Çok zor olan bir şey yani. Bu bir tecrübe değil''(A13).

''Tabiki tavsiye etmem''(A6).

4.TARTIŞMA

Türkiye nüfusunun %49,9'unu kadınlar oluşturmaktadır (TÜİK 2020). Kadının her döneminde sağlık açısından kendine özgü sorunları olabilmektedir. Genellikle 15-49 yaş grubu kadınlar, gebelik ve doğum olayları sebebiyle gereksinim duyup sağlık kuruluşuna başvurmaktadır (Cangöl ve Ekuklu 2010). Kadınların sağlık hizmeti alımını engelleyen temel sorunlar günümüzde hâlâ önemini sürdürmektedir. Ulusal ve uluslararası düzeyde, sağlık alanındaki kazanımların korunması bu yöndeki standart ve normları dayanak alan çalışmaların yapılması ve bunların devletler tarafından hayata geçirilmesi ile mümkün olabilecektir (Akın ve Türkçelik 2018).

Sağlık, bireylerin yaşamlarını devam ettirebilmesi için gerekli en hassas konulardan biridir ve kişilerin bu konudaki farkındalıkları son derece önemlidir. Çalışma popülasyonunda istenmeyen gebeliğin sonlandırılmasına yönelik deneyim yaşayan kadınların ortalama yaşları, bu deneyimi yaşayan kadınların genç popülasyondan oluştuğunu göstermektedir. Cinsel sağlık üreme sağlığı konusunda gençlerin bilgi eksikliği düzeyi çok fazladır. Bu tür hizmetlerin nerede ve nasıl alınacağını bilmemekte, mahremiyet ve gizlilik politikası hakkında kaygı duymakta gibi nedenlerle gençlerin hizmete erişimi yok denecek kadar azdır. Ayrıca bu tür hizmetler genel itibari ile evli kadınlara yönelik düzenlendiği için, bu hizmetlere bekâr kadınlar erişim sağlayamamaktadır ya da bu tarz işlemler için özel sektörü tercih etmektedir. Bu durum sonucunda yineleyen, istenmeyen gebelikler ve anne ölümlerinin sayısı artmaktadır. 2018 yılı TNSA verilerinde yaşa özel düşük hızları 30 ve 34 yaşlarında en yüksek değeri ulaşmakta, bu yaştan sonra düşmeye başlamaktadır. Ersoy ve ark (2015)' nın çalışmasında 20-24 yaş ve 25-29 yaş arası planlı doğumlar sırasıyla %80,2 ve %82,1 oranında iken 30-34 yaş arası %68,8'e doğru azalma göstermektedir. En yüksek plansız doğum oranı %55,6 ile 40 yaş ve üstü gruba aittir. Çalışmada daha erken yaşlarda plansız gebelik oranının fazlalığı bekar ve erken evlilik durumlarının fazla olmasından dolayı olduğu düşünülmektedir. Adölesan ve ileri yaş (35 ve üstü) gebeliklerin morbidite ve mortalite riskinin yüksek olduğu bilinmektedir. Özellikle bu yaş gruplarında olan kadınların, yüksek risk altında olduklarını bilerek gebeliklerini planlamaları, anne-bebek mortalite ve morbiditesinin önüne geçilmesi açısından önemli husustur (Ersoy ve ark 2015).

Toplumun sosyal yapısındaki değişikliklerle eğitim seviyesi, aile planlaması uygulamalarını ve isteyerek düşük oranında olumlu yönde etkilese de bitirici olmamıştır. Ayrıca kadınlar dini yönden ibadetlerini yerine getirdiklerini, örtülü olduklarını, düşük/kürtajın günah olduğunu belirtirken bu durum güvenli olmayan düşük deneyimine engel olmamıştır. Bireylerin çoğu cinsel sağlık ve üreme sağlığı hizmetine ihtiyaç duydukları halde bu hizmeti almayı ertelemekte ya da hiç almamaktadır. Bunun nedenleri olarak, daha önce sağlık hizmeti sunucuları, kişisel bilgilerinin paylaşılması korkusu, bir hastalıkla karşılaştıklarında ne yapacağını bilememe gibi unsurlar sayılabilir. Araştırmada eğitim seviyesi ortaokul ve altında olan kadınlarda istenmeyen gebelik oranının daha fazla olduğu belirlenmiştir. Gücük ve ark (2012)' nın Van İlinde yürüttükleri çalışmada kadınların eğitim düzeyinin artması istenmeyen gebelik oranlarında azalmaya neden olduğu belirlenmiştir. Hatay İlindeki bir çalışmaya göre ise ilkokul mezunu veya daha düşük öğrenim gören kadınların istenmeyen gebelik deneyiminin daha fazla olduğu bildirilmiştir (Savaş ve ark 2014).

Bu çalışmada istenmeyen gebelik deneyimi olan kadınların çoğu evliydi. Bekar olarak tanımladığımız kadınlar, hiç evlenmemiş kişiler olup eşi ölmüş veya boşanmış kadınlar bu tanıma dahil edilmemiştir. Bekar kadınların daha az olması kültürel nedenlerden kaynaklanabilir. Savaş ve ark (2014)'nın yürüttüğü bir çalışmada, bekar veya eşi yanında olmayan kadınlarda istenmeyen gebeliğin daha çok yaşandığı belirlenmiştir. Worku ve Fantahun (2006)'nın çalışmasında bekar kadınların istenmeyen gebelik olaylarını daha çok yaşandığı saptanmıştır. Doğu Ethiyopya'da evli olanlarda bu oran %29,7 iken bekarlarda %42,1 olduğu açıklanmıştır.

4.1. Aile Planlaması Yöntemlerinin Etkili Kullanımı

Küresel düzeyde son yarım yüz yıl içinde modern aile planlaması yöntemlerinin kullanma seçeneği artmış ve ulaşılabilirliği kolaylaşmış olmasına rağmen, aile planlaması hizmetleri istenilen seviyeye gelememiştir. Kullanılan gebeliği önleyici yöntemler kullanım sıklığı, bilgi düzeyine, dini sebeplere, ekonomik ve sosyal nedenlere bağlı olarak ülkeler ve bölgeler arasında farklılıklar göstermektedir. Bu konuda her ülke, kendi kültürel ve sosyal özelliklerini dikkate alarak aile planlaması hizmetini sunmaktadır (Ersoy ve ark 2015). İstenmeyen gebelikler kadın sağlığı açısından önemli toplumsal, sosyal ve tıbbi sorunlara sebep

olmaktadır ve kadın sağlığının değerlendirilmesinde önemli rol oynamaktadır. Plansız gerçekleşen bu gebelikler doğum veya isteyerek düşük/kürtaj ile sonlandırılmaktadır. Her iki eylem de kadın sağlığını tehdit edebilecek riskleri içinde barındırmaktadır (Budak ve ark 2015). TNSA (2018) verilerine göre ülkemizde gebeliklerin planlanma durumu; planlanan gebelik %75, planlanmayan gebelik %15 ve daha sonra olması istenen gebelik %11 olarak belirlenmiştir.

Toplumun aile planlamasına erişimi konusunda yasal bir engel bulunmamasına rağmen bireyler üzerinde aile planlaması etkililiğinin tam olarak sağlanmadığı görülmektedir. Araştırmadaki kadınların istenmeyen gebeliklerin hemen hemen hepsi gebeliği önleyici yöntem kullanılmamasından veya yöntem kullanım başarısızlığından kaynaklanmaktadır. Türkiye'de, 10 yıl içinde bireylerde gebelik sayısını sınırlama isteğinin azaldığı, AP yöntemlere ilişkin evli kadınların bilgi düzeylerinde azalma olduğu görülmektedir. Bu konuda önemli bir hizmet açığı vardır. Gebeliği önleyici yöntemlerin kullanılması konusunda kaderci yaklaşım, inançlar, eşin istememesi, kadının çevresindeki diğer insanların görüşleri bireyleri olumsuz etkilemektedir. İstenmeyen gebelikleri sonlandırırken kadınların doğumlarını kontrol edebilecekleri bilinç düzeyine erişmeleri için, gebeliği önleyici yöntemlerle ilgili danışmanlık almaları önemlidir. Kadınların bu konularda çekinmeden daha fazla bilinçlenmek istediği de anlaşılmaktadır. Katılımcıların çoğu aile planlaması danışmanlığı için bir yere başvurmamış ve hizmet almamıştır. Savaş ve ark'nın yürüttüğü bir araştırmada aile hekimlerine başvurup aile planlaması danışmanlık hizmeti alan kadınların istenmeyen gebelik yaşama oranı daha düşüktür. Kadınların istenmeyen gebelik öncesi AP yöntemi kullanma durumuna bakıldığında kadınların sadece 7' si herhangi bir yöntem kullandığı, yöntem kullananların ise sadece 3'ünün modern bir kontraseptif yöntemini tercih ettiği görülmüştür. TNSA (2018) verilerine göre kadınların %70'i herhangi bir yöntem kullanmakta ve bunların %49'u modern yöntemleri, %21'i ise geleneksel yöntemleri seçmiştir. Çalışmada herhangi bir yöntem kullanma durumu ortalamalarda fakat geleneksel yöntem kullanımı daha yüksektir. Bekar olunması, yaş ve eğitim durumunun düşük olması bunun nedeni olabilir. Türkiye'de yapılan farklı çalışmalarda, modern kontraseptif yöntem kullanımı %23,7, %21,6, %15 olarak; geleneksel yöntem kullanımı ise %58,5, %40, %39 olarak bildirilmiştir. Bununla bitlikte, geri çekme yönteminin yerini modern yöntemlerin alması ve aile planlaması danışmanlığını erkeklerinde alması gerekliliği söz konusudur (Ersoy ve ark 2015).

TNSA (2018) verilerine göre geri çekme (%20) en sık kullanılan yöntemdir, kondom (%19) ve RİA (%14) sırasıyla izlemektedir. Çalışmada da sırasıyla geri çekme ve kondom en sık kullanılan yöntemlerdir.

Gelişmekte olan ülkelerde kontraseptif kullanımın artması, istenmeyen gebeliklerin sayısını azaltmış ve son 20 yılda anne ölümlerinin %40 azalmasına neden olmuştur (Lim ve ark 2014). Güney Asya'da bir ülke olan Sri Lanka'da Ulusal aile planlaması programının genişletilmesiyle, doğurganlık çağındaki kadınlar arasında doğum kontrol haplarının kullanım oranı 1975'te %32 iken 2006-7'de %68'e kadar yükselmiştir. Bu başarılı artışa rağmen, isteyerek düşük eylemi, bir doğum kontrol yöntemi olarak yaygın şekilde kullanılmaya devam etmektedir (Arembepola ve ark 2014).

4.2. Bilgi Eksikliği

Düşük/kürtajın yasal durumu ve yasal sürenin 10 hafta olması hakkında çok fazla bilgi olmadığı ve bilenlerin ise detayları konusunda bir fikri olmadığı tespit edilmiştir. Kadınlar düşük ve kürtajın gebeliği önleyici yöntem olarak sürekli kullanılamayacağının farkındadır. Genellikle yasalar veya yasal olan hafta ile hiç ilgilenilmemiş ve araştırılmamıştır. Sağlık sistemi konusunda vatandaşların bilgi eksikliği görülmektedir. Ayrıca kadınlara bu konu açıklandığında düşük yapılabilecek haftanın daha uzun süre olması konusunda istekleri mevcuttur. Düşük/kürtajın yasal boyutunu bilmeyen kadınların yanında bilenlerinde varlığı sağlık eğitimlerinin, bilgilendirmelerin ve sağlığa ulaşmanın önemini vurgulamaktadır. Gebeliklerin isteyerek sonlandırılmasında, kadınlarda düşük öncesi ve sonrasında bakım yeterli olmadığında ve işlemin sağlıklı bir ortamda yapılmadığı durumlarda fiziksel sağlık problemleri olabileceği gibi kültürel ve sosyal yapı ile dini inançların da etkisiyle kadınlarda şiddetli psikolojik travma görülebileceği göz ardı edilmemelidir. Özellikle düşük/kürtajın yasal kabul edilmediği durumlarda kadınların daha ağır psikolojik travma yaşandığı saptanmıştır (Çakmak ve ark 2015).

4.3. Karar Verme Süreci

Kadınlarda istenmeyen gebeliklerini sonlandırmadan önce sorumluluk bilincinin yoğun olarak yaşandığı, dini ve ahlaki kaygılardan dolayı suçluluk duygusu yaşadığı, fakat suçluluk, korku, kızgınlık, pişmanlık, ızdırap, utanma ve kayıp

duyguları aşamalarına rağmen %70 oranında kadının düşük/kürtaj kararını etkilemediği görülmüştür (Çakmak ve ark 2015).

Çalışmada, kadınların istenmeyen gebeliklerini sonlandırmasında, sosyoekonomik durum, erkeğe bağımlılık, eş desteğinin olmaması, toplumsal cinsiyet rolü, dini inançlar, dışlanma korkusu, geleneksel toplum, kültür, sağlık kurumunun işleyişini bilmeme, hizmet alamayacağına inanma, hizmetin ücreti ve gizliliğin olmayacağına inanma gibi nedenler etkilidir. Yıkılkan ve ark (2012)' nın yürüttüğü çalışmada kadınların gebeliklerini sonlandırmayı istemesinin nedenleri incelendiğinde, belirtilen en önemli nedenler sırasıyla çocuk sayısının fazla olması, ekonomik nedenler ve son yaşayan çocuğun yaşının küçük olması olarak belirtilmiştir. Fusco ve ark (2012)' nın Brezilya'da yaptıkları çalışmada isteyerek düşük/kürtaj nedeni olarak gelir düzeyi, eğitim seviyesi, ilk cinsel ilişki yaşı, medeni durum ve daha fazla çocuk istenmeme durumlarını bildirmişlerdir (Fusco ve ark 2012). Bir gebeliği sonlandırma kararı kadının kayıp, pişmanlık ve suçluluk hisleri yaşamasına sebep olmakla birlikte aile ilişkilerini ya da evliliği olumsuz etkileyebilmektedir (Yıkılkan ve ark 2012). Arambepola ve ark (2014)' nın yaptığı bir çalışmada güvenli olmayan düşük/kürtaj nedeni olarak ekonomik istikrarsızlık, eş veya partner desteğinin az olması, sosyal damgalanma korkusu olarak bildirilmiştir.

Kadınların gebeliklerini istememe ve sonlandırmaya karar vermelerinde ve düşüğün gerçekleştiği yerin seçiminde genellikle sağlık hizmetine erişememe, toplumsal baskı, toplumda cinsiyet rolü, kadının statüsü, eş desteğinin olmaması, hizmet verenlere güvenmeme, hizmet alamayacağına inanma ve sosyoekonomik durum gibi hususlar etkili olmuştur. Kadınlar gebeliklerini sonlandırmak için kendi kendine düşük yöntemlerini ve özel kliniklerde düşük/kürtaj gerçekleştirme yolunu seçmiştir. Özel klinikte düşük/kürtaj yapan kadınların hemen hemen hepsi ise kendi kendine düşük yapma yöntemlerini bilmektedir fakat cesaret edemedikleri için tercih edilmemiştir. İsteyerek düşük hizmetlerinin 1983 yılından itibaren yasal ve ulaşılır olması, düşük için travmatik yöntemlerin kullanılmasını tam anlamıyla engellememiştir. Buna bağlı gelişen anne ölümlerinin payı azalsa da halen daha devam etmektedir.

Bu çalışmada, kadınlar genellikle düşük yapılan gebelik haftasını bilmediklerini ya da 10 haftadan küçük olduğunu düşündüklerini belirtmiştir. TNSA

(2018) verilerine göre kadınların yarısına yakını (%49) gebeliğin birinci ayında, yaklaşık 4'te biri (%26) ikinci ayında ve %25'i ise yasal süreden daha geç bir dönemde, gebeliğin 3.ayı ve daha sonrasında isteyerek düşük yaptıklarını beyan etmişlerdir. Çalışmada, düşük kararı genellikle kadınların kendileri tarafından alınsa da eş, komşu/arkadaş, aile ile birlikte alan katılımcılar da vardır. Bu nedenle kamu kuruluşlarından ziyade özel klinikleri tercih etmişlerdir. TNSA' ya göre isteyerek düşük yapan kadınların %20' si eşi ile birlikte, %13' ü kendisi, %3' ü eşi ve %2' si doktorun önerisiyle düşük yapmaya karar vermiştir (TNSA 2018).

Kadınlar isteyerek gebeliğin sonlandırılmasına karar verme sürecinden sonra yöntem ve sağlayıcı belirlemek için de bir karar aşaması yaşamışlardır. İsteyerek gebeliğin sonlandırılması için yönteme karar veren kadınların 10 tanesi özel bir klinikte işlem yaptırmanın daha kolay ve sağlıklı olduğunu düşünerek, diğer kadınlar ise evde kendi kendine düşük yapmayı daha mahrem olacağını düşünerek müdahale içine girmişlerdir. Kadınların karar vermesi psikolojik olarak zor olduğu için işlem öncesi ve sonrası yapılacak yerde ne gibi özellikler aranması gerektiğine dair bilgi edinmediği sadece müdahalenin yapılıp bitmesine odaklandığı da görülmektedir. Kadınların bu işlemler için belli bir ücret ödedikleri de saptanmaktadır. Pakistan'da yakın zamanda yapılan bir araştırmada, gebelik sonlandırılmasının %80'inde doktorlar, ebeler, hemşireler gibi sağlık uzmanları beraberinde yapılmıştır. Burkina Faso'da da tüm düşük/kürtajların %61'inin sağlık profesyonelleri eşliğinde yapıldığı bulunmuştur. Daha içerikli incelenen ve görüşülen 323 Nijeryalı doktorun %90'ı, gizli kürtaj talep eden gebe kadınlara sıklıkla karşılaştıklarını ve %24'ü, kadınlar tarafından talep edildiğinde istenmeyen gebelikleri sonlandırdıklarını bildirmiştir (Rasch 2011).

Gelişmekte olan ülkelerdeki isteyerek düşükler, karşılanmayan aile planlaması ihtiyacının bir göstergesi olarak kabul edilebilir. Düşük hizmetlerinde bütüncül bir bakım ve izlem takibi oluşturarak güvenli olmayan düşüklerin önüne geçmek, üreme sağlığı programlarının en önemli amaçlarındandır (Yıkılkan ve ark 2012). Planlanmamış ya da istemli olmayan gebelikler genellikle istemli düşükle sonlandırılmaktadır. Buna ek olarak bazı gelişmekte olan ülkelerde yasal sistem içinde istemli düşük hizmetlerinin ulaşılabilir ve yaygın olmaması doğum kontrolünü etkilemekte, annenin morbidite ve mortalite riskini arttırmaktadır (Yıkılkan ve ark 2012). TNSA (2018) verilerine göre, Türkiye'de yaşayan kadınların %15'inin isteyerek düşük yaptığı görülmektedir. İsteyerek düşük deneyimi olan kadınların

oranları Kuzey ve Doğu'da en düşük (%13) iken, Batı'da en yüksektir (%16). Düşük yapmış kadınların oranı, İstatistiki Bölge Birimleri Sınıflandırması (İBBS)'na göre Doğu Karadeniz'de en düşük (%10), İstanbul'da ise en yüksektir (%18).

4.4. Sağlık Arama Davranışı

Bireylerin sahip oldukları bu hakları kullanabilmesi ve iyileştirme düzeylerinin artırabilmelerinde sağlık hizmetlerinin ulaşılabilirlik durumu, yaygınlığı organizasyonu ve sürekliliği kadar; bu hizmeti sunan sağlık çalışanlarının niceliği ve niteliği ve konuya yaklaşımı da büyük bir öneme sahiptir. Bu yüzden sağlık sunucuların cinsel yaşam, cinsel haklar ve üreme ile ilgili bilgilendirilmesi bu konuda ortaya çıkan sorunlara ve haklara çok daha duyarlı yaklaşmasını sağlayacaktır (Sert 2013; Yıldız ve ark 2016).

Gebeliğin sonlandırılması konusunda kadınların bilgi kaynaklarını, genelde komşu/arkadaş, ilan, aile, internet, topluluk grubundan öğrendiği ve bir kısmının ise ilişki yaşadığı partnerinin bulduğu anlaşılmaktadır. Kadınların aynı türden başka düşük yapan kadın tanıdıklardan etkilenildiği de anlaşılmaktadır. Türkiye'de kadınların yakın çevrelerinde gebeliği sonlandırma davranışına yönelik algı ve dini inançlarına göre ne şekilde değerlendirdikleri, istenmeyen gebeliğin isteyerek sonlandırılması kararlarında etkili olabilmektedir (Çavlin ve ark 2014).

Ülkemizde gebeliğin isteyerek sonlandırılmasının yasal hale gelmesi sonrasında birçok kadın kürtaj hizmetinden yararlanmıştır. Türk kadınlarının ortalama yüzde 15'i yaşamları boyunca en az bir defa düşük veya kürtaj yaptırdıklarını ifade etmektedir (TNSA 2018). Fakat, son zamanlarda Türkiye'de özellikle devlet hastanelerindeki kürtaj hizmetlerinin günümüzde ulaşılabilirliğini sorgulayan birçok rapor ortaya çıkmıştır (O'Neil ve ark 2020). Kanunlar çerçevesinde 10 haftaya kadar olan hamileliğin isteğe bağlı olarak sonlandırılmasında kadın 18 yaş altında ise ebeveyninin, kadın evli ise eşinin izni gerekmektedir. 2020 yılı Eylül ayında Resmi Gazete'de kürtaj ile ilgili olarak, bir Anayasa Mahkemesi emsal kararı yayınlanmıştır. Bu kararın konusu, 18 yaşından küçük bir çocuğun cinsel istismara maruz kalması ve bu istismar sonrasında ortaya çıkan gebeliği sonlandırmak için kürtaj başvurusunda bulunmasına rağmen yasal sürecin uzaması ile çocuğun doğum yapmak zorunda bırakılmasıdır. AYM'ye bu konu ile ilgili bireysel başvuru yapıldığında Yüksek

Mahkeme gebeliğin sonlandırılması olanağını erişememe iddiasını hak ihlali olarak değerlendirilmiştir. Anayasa Mahkemesi suç sonucu oluşan gebeliğin Türk Ceza Kanunu ve Nüfus Planlaması Hakkında Kanun kapsamında öngörülen kanuni şartlar altında gebeliğin sonlandırılabileceğini belirtmiştir (O'Neil ve ark 2020).

İstenmeyen gebeliklerin sonucu olarak ortaya çıkan güvenli olmayan yollarla gebeliğin sonlandırılması vakaları sağlık bilgi sistemlerinin yetersiz olduğu ve kısıtlayıcı yasaların uygulandığı ülkelerde daha yaygın olarak seyretmektedir (Fawcus 2008). Güvenli olmayan düşüklerin %98'inin gelişmekte olan ülkelerde gerçekleştiği düşünülmektedir (Lim Min ve ark 2014).

Kendi kendine güvensiz düşük gerçekleştiren kadınlar, yüksekten atlama, karnı yumruklama, ağır kaldırma, bitkisel çaylar, ilaçlar, hayvanlar ve dışkılarıyla uğraşma gibi yöntemleri kullanıp gebeliği sonlandırmayı başarmışlardır. Kullanılan düşük/kürtaj yöntemleri güvenlik ve etkililik yönünden büyük farklılıklar göstermektedir. Oral olarak alınan ilaçlar, kinin, ampisilin, terebentin, ağartıcılar, asit, çiftlik hayvanlarının dışkısından yapılan çay ve bitkisel karışımlar kullanılan yöntemlerdendir. Potasyum permanganat tabletleri ve bitkisel preparatlar vajinaya yerleştirilerek kullanılan yöntemlerdir. Uterusa sokulan çubuklar, kökler, teller, örgü iğneleri, elbise askıları, lastik kateterler, tükenmez kalemler, bisiklet parmaklıkları ve tavuk kemikleri de diğer yöntemlerdir. Fiziksel yöntemler arasında ise karın masajı ve ağır yük kaldırılması yer almaktadır (Grimes 2003). Fawcus (2008)' un yürüttüğü çalışmasında güvenli olmayan düşük yöntemleri; bitkisel ilaçların ve çayların içilmesi, karın masajı, zehirli maddelerle yapılan duşlar ve uygun olmayan koşullarda uterusa sokulan ince dallar, örgü iğneleri ve kateterler olarak bildirilmiştir.

Günümüzde halen bu tür vakaların gerçekleşmesi, sağlık planlaması yapılırken erişilmesi hedeflenen tüm nüfusa eşit şekilde ulaşılamadığının bir göstergesi olabilir. Sağlık okuryazarlığının bu kadar yaygınlaştığı dönemde hala sağlık sisteminden yararlanılmaması da incelenmeye değer bir konudur. Güvenli düşük/kürtaja genişletilmiş erişimin önemli rolü vardır. Romanya'da Düşük/Kürtaj yasalarında serbestleştirme olması bir yıl içinde anne ölümlerinde %50'lik bir düşüşle ve güvenli kürtaj hizmetlerine ulaşımın artmasına neden olmuştur. ABD'de de düşük/kürtajın yasal olması ile birlikte 6 yıl süre içinde ölüm oranları %40'tan, %8'e kadar düştüğü belirlenmiştir. Güvenli olmayan düşük/kürtajın önlenmesinde, düşük/kürtaj sonrası

tıbbi bakım ve aile planlaması danışmanlık hizmetlerinin sağlanması büyük önem taşımaktadır. (Lim ve ark 2014). 2017 yılında yapılan bir çalışmaya göre isteyerek gebeliklerin sonlandırıldığı ikinci basamak sağlık kuruluşlarının sayısının oldukça az olduğunu açıklamakta, sağlık çalışanları arasında isteyerek düşük hizmetlerine, kadınların nerede ulaşabileceği konusunda karamsarlık olduğu bildirilmiştir. Bu çalışmalarla kamu alanında yasal olarak izin verilen süre içinde isteğe gebeliğin sonlandırılmasının yetersiz seviyede olduğunu ve toplum talebinin karşılanmadığını göstermektedir (Akın ve Türkçelik Türkel 2020).

İsteyerek düşük yapan kadınlar çok çeşitli sorunlar ve gelişen komplikasyonlar olduğu halde herhangi bir sağlık kuruluşuna başvuru olmamıştır. Bu kadın sağlığı açısından çok büyük bir risktir ve önemli olan bireyin bunun farkında olmamasıdır. Korku ve endişenin sağlığın önüne geçmesi sağlığın geliştirilmesi adına olumsuz davranışlardan biridir. Ülkemizde düşüğün yasal olması, düşüğe bağlı komplikasyonların ve anne ölümlerinin önlenmesini belli oranda sağlasa da güvenli olmayan düşüklere bağlı anne ölümleri halen daha varlığını sürdürmektedir. Kadın sağlığı toplumun ve sağlığın gelişmesi açısından büyük önem taşımakta ve öncelikle bireysel olarak bunu sağlamak gerekmektedir. Kadınlar düşük/kürtaj sonrası kramp / karın ağrısı, kötü kokulu akıntı, kanama, baş dönmesi, zayıflık / yorgunluk, mide bulantısı/kusma, baş ağrısı/bel ağrısı yaşamışlardır. Nijerya'da bir çalışmada, 2002 yılında kürtaj komplikasyonları ile hastaneye başvuru yapan 586 hastadan alınan veriler ışığında, en yaygın komplikasyon sırasıyla enfeksiyon (%55), kanama (%17) ve genital sistem travması (%12) olmuştur. Daha az yaygın olan fakat çok ciddi sonuçları olabilen komplikasyonlar; septik şok, böbrek yetmezliği, bağırsak delinmesi ve peritonittir. İkincil kısırlığa yol açabilen kronik ağrı, üreme sistemi iltihabı ve pelvik iltihaplı hastalıkta diğer yaygın komplikasyonlardır (Rasch 2011). İç organ hasarları (vezikovajinal veya rektovajinal fistüllerden idrar ve dışkı kaçırma) ve bağırsak rezeksiyonlarını gibi komplikasyonlarda yaygın olabilmektedir. DSÖ, gebeliğe bağlı ölümlerin dörtte biri ile üçte birinin güvenli olmayan kürtaj işlemlerinin komplikasyonlarından kaynaklandığını tahmin etmektedir. Dünyada her yıl 5 milyon kadının isteyerek güvenli olmayan düşük/kürtaj sonrası gelişen komplikasyonların tedavi edilmesi için hastanelere yatış yapıldığını tahmin etmektedir (Lim Min ve ark 2014). Güvenli olmayan düşük/kürtajın diğer sonuçları arasında psikolojik travmalarda yer almaktadır. İsteyerek düşüklerin yükü sadece kadınlara ve ailelere

değil, aynı zamanda halk sağlığı sisteminde de önem taşımaktadır (Haddad ve ark 2009).

4.5. Düşük/Kürtaj Tekrarlama Riski

İstenmeyen gebeliğini sonlandıran kadınlar, yaşadıkları bu deneyimi tavsiye etmemekle birlikte kadınların bir kısmı kendisi gibi zor bir durumun içinde olan ve çaresiz başka kadınlara kendi kullandığı yöntemi anlatacaklardır. Kadınlar düşük/kürtajı, bir doğum kontrol yöntemi olarak görmemektedirler fakat çocuk sahibi olmak istemeyen ve olası hamileliklerini ertelemek isteyen kadınlar, buna rağmen hiçbir korunma yöntemi kullanmamaktadır. Bu da yaşanılan deneyimler zor olsa da bilgi eksikliği ve toplum bu sonuca tekrar sürükleyebilmektedir. Çakmak ve ark (2015)' nın yürüttüğü bir çalışmada, katılımcıların %90'ı düşük/kürtajın doğum kontrol yöntemi olmadığını belirtmişlerdir. Düşük/kürtaja girişimine karşı olan katılımcıların %53,1'i "dinen yasak olması" ve %7,1'i ise "anne açısından sağlıksız olması" nedeniyle olunmaması gerektiğini savunmuşlardır. Daha önce düşük/kürtaj deneyimi olan kadınların sosyal faktörler nedeniyle düşük/kürtaj girişiminde bulunulmasına daha objektif bakmaktadırlar.

Kadınların aynı türden tekrar düşük yapmak istemedikleri, düşük sonrası yaşadıkları komplikasyonlardan daha çok psikolojik etkenlerin daha çok sarstığını ve etkilediğini vurgulamışlardır. Gerçekleştirilen çalışmalar kadınlarda isteyerek gebelik sonlandırma işlemi öncesinde baskın olarak sorumluluk duygusu olduğunu ve etik kaygılar ve dinsel inançlar nedeniyle suçluluk duygusu yaşandığını göstermektedir. Bir çalışmada, isteyerek düşük ile ilgili suçluluk, pişmanlık, üzüntü, endişe ve kayıp duygularını yaşadığı halde kadınların %70 'nin bu kararlarından vazgeçmediği belirtilmiştir (Yıkılkan ve ark 2012). Kadınlar düşük/kürtaj uygulaması öncesindeki hislerine bakıldığında hepsinin korku yaşadığı açıktır.

5. SONUÇ VE ÖNERİLER

5.1. Sonuçlar

- Kadınlar gebelik istemedikleri halde AP yöntemlerini ya hiç kullanmamış veya etkili kullanmamıştır. AP yöntemleri konusunda yeterli danışmanlık alamadıkları da belirlenmiştir.

- Kadınların gebeliklerini sonlandırmak istediklerinde sağlık hizmetlerinden nasıl faydalanacakları konusunda ve yasal olarak gebeliğin sonlandırılabileceği hafta konusundaki bilgileri yetersiz düzeydedir.

- Düşük/kürtaj kararı almada kadın, diğerlerinden (eş/partner/aile) daha fazla sorumluluk yüklenmektedir.

- Düşük/kürtaj için daha çok özel klinikler tercih edilmiştir.

- Düşük/kürtaj sonrası gelişen komplikasyonlar ve olumsuz durumlara rağmen kadınlar sağlık kuruluşlarına başvurmamıştır.

- Kadınların bilgi kaynakları internet, arkadaş, komşu vb.dir.

- Kadınları düşük/kürtaj olmaya iten pek çok faktör bulunmaktadır.

- Kadınlar her ne kadar bu deneyimlerini çok sıkıntılı ve olumsuz bir süreç olarak tanımlasalar da işlem sonrasındaki rahatlama hissi, mecbur kalındığında yapılabilecek bir eylem olarak görmeleri ve gerektiğinde bu yolu deneyecek çaresiz kadınlara yardımcı olabilecekleri yönündeki ifadeleri kadınların gelecekte kendilerinin de tekrar düşük/kürtaj yaptırma riski taşıdığı izlenimini oluşturmaktadır.

5.2. Öneriler

- AP yöntemi kullanımı istenmeyen gebelikleri azaltacağı için dolaylı olarak düşük/kürtajın da azalmasına yol açacaktır. Özellikle geleneksel yöntem kullanımının yaygın olduğu ülkemizde modern yöntemlere yönelik karşılanmamış AP ihtiyacının belirlenmesi hizmet planlamasında önemli bir bilgidir. Birinci basamakta Aile Hekimlerinin ve Aile Sağlığı Elemanlarının

sorumlu oldukları nüfus içinde AP'ye yönelik karşılanmayan ihtiyaçları belirlemeleri, AP hizmetlerinin planlanmasında ve kaynakların uygun kullanımında etkili olacaktır.

- Düşük/kürtaj hizmetinin yasal olup olmadığı, yasal sürenin ne olduğu ve bu hizmetlere erişilebilirliğin ne düzeyde olduğu ile ilgili kamu ve özel sağlık kuruluşlarındaki farklı uygulamaların düzenlenmesi, doğru bilgiye erişim açısından önemlidir. Türkiye'de istenmeyen gebeliğin sonlandırılması için yasal süre sınırlarının herkes tarafından bilinmesinin sağlanması ve sağlık hizmet planlamasının, düşük yaşayan veya yaşama ihtimali olan kadınlardan toplanan veriler ışığında yapılması daha etkili sistem oluşturmada fayda sağlayacaktır.

- Aile planlaması hizmetlerinin, erkeklerin katılımınını artıracak şekilde planlanması, yöntemlerin etkili kullanımına katkı sağlayarak istenmeyen gebelikleri azaltacaktir. Bu sorumluluk paylaşımı kadının gereksiz yükünü azaltarak üreme sağlığına katkı sağlayacaktır.

- Kadınların düşük/kürtaj için özel doktora/kliniğe başvurmaları bu işlemin daha kontrolsüz ve kayıt dışı yapılabilmesine yol açacağından, hizmeti kamu sağlık kuruluşlarından güvenle alabilmelerinin yolları araştırılmalıdır. Düşük/kürtaj hizmetinin ülkenin her bölgesinde izin verilen kriterler dahilinde kullanılabilir ve erişilebilir olması sağlanmalıdır.

- Düşük/kürtaj sonrası komplikasyon yaşayan kadınların hizmet talebinin artırılmasına yönelik çalışmalar yapılmalı, kadınlar tercihleri için suçlanmayacakları, kınanmayacakları, mahremiyetlerinin sağlandığı bir ortamda hizmet alabilmelidir.

- Kadınların üreme sağlığı ile ilgili doğru bilgi kaynaklarına başvurabilmeleri için, sağlık okuryazarlığı düzeylerini geliştirici girişimlerde bulunulmalıdır. Sağlık hizmeti sunumu sırasında kadının hizmetle tüm temasları fırsat olarak değerlendirilip doğru kanallardan ve kişilerden bilgiye ulaşmaları sağlanmalıdır.

- Kadınların sosyal ve ekonomik yönden güçlendirilmesi, öğrenim düzeyinin yükselkarar Düşük/kürtaj

- Sosyoekonomik düzeyi düşük olan, sağlık güvencesi olmayan, kırsal bölgelerde sağlık hizmetlerine erişimde sıkıntı yaşayan kadınlar istenmeyen gebelik yaşama riski yönünden daha yakından takip edilmelidir.

- Bir kez düşük yapan kadınların tekrar düşük yaşama riski değerlendirilmeli ve etkili AP hizmetlerine erişimi sağlanmalıdır.

- Düşük/kürtaj'a başvurma nedenlerini ve bu işlemin kadınlar tarafından nasıl algılandığını kavrayabilmek için farklı sosyoekonomik düzeylerdeki kadınlarla daha fazla nitel çalışma yapılması sağlık hizmetlerinin daha rasyonel planlanmasına katkı sağlayacaktır.

6.KAYNAKLAR

Adalı T, Çavlin A, 2019. Türkiye'de Kürtajın Yaygınlığı ve Kürtaj Kararını Etkileyen Faktörler. İstanbul University Journal Of Sociology, 39(2), 359-378.

Akın A, 2012. Türkiye'de Değişen Nüfus ve Sağlık Politikaları Doğrultusunda, İsteyerek Düşükler ve Üreme Sağlığı Hizmet Sunumunda Geleceğe Bakış. Türkiye Halk Sağlığı Dergisi 2012;10, Özel Sayı 1: Düşükler, 43-60.

Akın A, Bahar Özvarış Ş, 2012. İstenmeyen Gebelikler ve İsteyerek Düşükler. Halk sağlığı Temel Bilgiler 1. Cilt Kadın Sağlığı / Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması, 272-281.

Akın A, Mıhçıokur S. H.Ü, 2010. Kadın Sağlığı Merkezi. Kadının_statüsü_ve_anne_ölümleri._ http://www.h uksam.hacettepe.edu.tr/Turkce/SayfaDosya/kadi nin_statusu_anne_olumleri.pdf.

Akın A, Terzi Ö, 2020. İstenmeyen Gebelikler ve İsteyerek Düşükler. Türkiye Sağlık Raporu, 151-163.

Akın A, 2007. Toplumsal Cinsiyet (Gender) Ayırımcılığı ve Sağlık Toplum Hekimliği Bülteni • Cilt 26, Sayı 2, Mayıs-Ağustos 2007.

Akın A, Türkçelik E, 2018. Sağlık Hizmetlerine Erişimde Toplumsal Cinsiyet Eşitliği. CEİD Yayınları,

Sağlık Hizmetlerine Erişimde Toplumsal Cinsiyet Eşitliği, Haritalama ve İzleme Çalışması.

Akıncı G.E, Gökkaya Kılıç Z, Kolaylı C.C, Özdemir C, Uz K, Çağatay Seçkiner P. ve ark, 2017. Türkiye'de Karşılanmamış Aile Planlaması İhtiyacı ve Etkileyen Faktörler. 19. Ulusal Halk Sağlığı Kongre Kitabı, Antalya, ss.209.

Arambepola C, Rajapaksa L. C, 2014. Decision making on unsafe abortions in sri lanka: A case-control study. Reproductive Health, 11(1) doi:10.1186/1742-4755-11-91.

Aşcı Ö, Gökdemir F, 2017. Etik Yönleriyle Üreme Hakları ve Cinsel Haklar. Turkiye Klinikleri J Obstet Womens Health Dis Nurs-Special Topics, 3(3), 151-62.

Atlı Y, Yücel N, 2018. Sağlık Kurumları, Sağlık Kurumlarında Marka ve Elazığ İli Sağlık Sektörü. Fırat Üniversitesi İİBF Uluslararası İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi Cilt:2, Sayı:2,2018 45.

Ay S, Yanıkerem E, Mutlu S, 2012. İstenmeyen Gebelik Yaşayan Kadınların Özellikleri ve Kontraseptif Yöntemleri Bırakma Nedenleri: Kırsal Alan Örneği. TAF Preventive Medicine Bulletin, 11(3), 315-324.

Baş T, Aktutan U, 2013. Nitel Araştırma Yöntemleri. Ankara, Seçkin Yayıncılık.

Berer M, 2006. Hospital admission for complications of unsafe abortion. Lancet. 2006 Nov 25,368(9550),1848-9. doi: 10.1016/S0140-6736(06)69752-3. PMID: 17126700.

Birleşmiş Milletler Nüfus Fonu, 2016. Annual Report 2016, Millions of lives, transformed.

Bozbeyoğlu A.Ç, 2011. Doğurganlık Kontrolünde Rasyonelliğin Sınırları: Türkiye Kürtaj ve Gebeliği Önleyici Yöntem Kullanımı. 2011,1:24–37.

Budak M, Toğrul C, Balsak D, Sakar M, Tahaoğlu A, Akgöl S, Şentürk M, 2015. İsteğe Bağlı Küretaj Olan Kadınların Kontrasepsiyon Yöntemleri ve Küretaj Nedenleri Açısından Değerlendirilmesi. Jinekoloji - Obstetrik ve Neonatoloji Tıp Dergisi.

Bulut A, 1979. Çubuk Merkez Sağlık Ocağı Bölgesinde Düşüklerin İncelenmesi. Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Toplum Hekimliği Enstitüsü, Uzmanlık Tezi, Ankara, 1979 (Danışman: Prof. Dr. N. Fişek).

Büyüköztürk Ş, Kılıç Çakmak E, Akgün Ö. E, Karadeniz Ş, Demirel F, 2012. Örnekleme yöntemleri.

Cangöl S, Ekuklu G, 2010. Lalapaşa Merkez İlçe 'de Yaşayan 15-49 Yaş Grubu Kadınların Üreme Sağlığı Durumları. Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, Edirne.

Cansever İ.H, Tüfekçi N, 2020. Tarihsel Süreçte Türkiye'de Sağlik Planlamasi Üzerine Bir Değerlendirme. Süleyman Demirel Üniversitesi Vizyoner Dergisi, Yıl: 2020, Cilt: 11, Sayı: 27, 614-628.

Center for Reproductive Rights (CRR), 2018 The World's Abortion Laws 2018. Erişim: 13.06.2018, http://worldabortionlaws.com/map/.

Centers for Diseases Control and Prevention (CDC), 2015. Unintended Pregnancy Prevention. Erişim: 11.06.2018, https://www.cdc.gov/reproductivehealth/unintendedpregnancy/index.htm.

Creswell John W, 2013. Nitel Araştırma Yöntemleri. (Çeviri Edtitörü: Mesut Bütün, Selçuk Beşir Demir). Ankara: Siyasal Yayın Dağıtım.

Collins K. M. T, Onwuegbuzie A. J, Jiao Q. G, 2006. Prevalence of mixed-methods sampling designs in social science

research. Evaluation & Research in Education, 19 (2), 83-101.

Çakmak B, Metin F.Z, Özsoy A.Z, Yılmaz Doğru H, 2015. Kadınların İsteğe Bağlı Kürtaja Bakışları. Smyrna Tıp Dergisi, 7(1), 31-35.

Çavlin A, Tezcan S, ve Ergöçmen B, 2014. Kadınların bakış açısından kürtaj [Abortion from the perspective of women]. Nüfusbilim Dergisi, 34, 53–69.

Çavlin Bozbeyoğlu A, 2011 Doğurganlık Kontrolünde Rasyonelliğin Sınırları: Türkiye Kürtaj ve Gebeliği Önleyici Yöntem Kullanımı. Feminist Eleştiri Dergisi 3(1), 24-37.

Çelikalp Ü, Yorulmaz F, 2016. Hemşirelerin yaşadıkları Spontan Abortusun Nedenlerine İlişkin Düşüncelerin Kalitatif İncelenmesi, Türkiye Klinikleri.

Çoban H, 2009. Sağlik Ekonomisi Ve Türkiye'de Sağlik Hizmetlerinin Yeniden Yapilandirilmasi. Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Maliye Anabilim Dali Doktora Tezi.

Çokar M, 2006. Dünyada ve Türkiye'de İsteyerek Düşüğün Yasal Boyutunun Etik Açıdan Değerlendirilmesi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doktora Tezi, 5-27.

Çokar M, 2009. İsteyerek Düşük, Tıp Etiği ve Yasalar. KAHDEM Kadınlara Hukuki Destek Merkez Derneği Kurumsal Sitesi.

Çokar M. 2008 Kürtaj. İstanbul, Türkiye: Babil Yayınları.

Dereli Yılmaz S, Ege E, Akın B. ve Çelik Ç, 2010. 15-49 Yaş Kadınların Kürtaj Nedenleri ve Kontraseptif Tercihleri. İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi 18(3): 156-163.

Doğan R, 2016. Kadının Üreme Hakkı, Kürtaj, Çocuk Düşürme ve Düşürtme Suçları. Türkiye Barolar Birliği Dergisi, 2016(127), 73-120.

Dölen İ, 2012. Kürtaj Gerçeği. Türk Jinekoloji ve Obstetri Derneği (TJOD) Görüşü. Türkiye Halk Sağlığı Dergisi, 10, 75-82.

Dönmez A, Çoban A.Ö, Canbay F.Ç, 2016. Unwanted pregnancy and unsafe abortions of solution the role midwife's. TAF Preventive Medicine Bulletin, 15(5), 450-457. doi:10.5455/pmb.1-1453470432.

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), 1997. Post-abortion Family Planning: A Practical Guide for Programme Managers. (WHO/RHT/97/20), Geneva, 1997.

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), 1998. Unsafe Abortion: Global and Regional Estimates of Incidence of and Mortality Due to Unsafe Abortion with a Listing of Available Country Data. (WHO/RHT/MSM/97.16), Third edition, Geneva, 1998.

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), 2018. Maternal mortality. Erişim tarihi: 8 Mart 2018. Available from: http:// www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/en/.

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), 2018. Preventing unsafe abortion. http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/preventing-unsafe-abortion.

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), 2020. Preventing unsafe abortion. Erişim tarihi: 25 Eylül 2020. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/332334/WHO-SRH-20.11-eng.pdf

Er Ü, 2008. Sağlık Hukuku. Ankara: Savaş Yayınevi.

Erenel A.Ş, Eroğlu K, 2009. Doğum Sonrası Dönemde Ev Ziyareti Yolu ile Desteklenen Emzirme Eğitim Modelinin Laktasyonel Amenore Yöntemine Etkisi. Türkiye Klinikleri Jinekoloji Obstetri Dergisi 2009; 19:179-188.

Erenel AŞ, Kavlak T, Bingöl B, 2011. Kadınların doğum sonrası altı ay sonunda aile planlaması yöntemi kullanma durumu. Van Tıp Dergisi. 2011; 18(2): 68-76.

Ersoy E, Karasu Y, Yaşar Çelik E, Ersoy A.Ö, Tokmak A ve Taşçı Y, 2015. Gebeliği Plansız Olan Kadınların Kişisel Özellikleri ve Kontrasepsiyon 121 Hakkındaki Düşünceleri. Journal of Clinical and Experimental Investigations, 6(3), 250-255.

Eryılmaz N, 2014. Doğum Sonu Dönemdeki Kadınların Aile Planlaması Konusundaki Tutumları ve İlişkili Faktörler. Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Konya.

Fawcus SR, 2007. Maternal mortality and unsafe abortion. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol. 2008 Jun;22(3):533-48. doi: 10.1016/j.bpobgyn.2007.10.006. Epub 2008 Feb 4. PMID: 18249585.

Fusco C, Souza e Silva R, Andreoni S, 2012. Aborto inseguro: determinantes sociais e iniquidades em saúde em uma população vulnerável, São Paulo, Brasil Cad. Saúde Pública cilt 28 no. 4 Rio de Janeiro Nisan 2012.

Gavas E, İnal S, 2019. Türkiye'de kadınların aile planlaması yöntemleri kullanma durumları ve tutumları: Sistematik derleme. Sağlık ve Yaşam Bilimleri Dergisi, Yıl 2019, Cilt 1, Sayı 2, s.37-43DOI:10.33308/2687248X.201912118.

Gegez AE, 2007. Pazarlama Araştırmaları. Beta Basım Yayım Dağıtım, İstanbul.

Gerdts C, Raifman S, Daskilewicz K, Roberts S, Harries J, 2017. Women's experiences seeking informal sector abortion services in Cape Town, South Africa: A descriptive study. BMC Women's Health (2017) 17-9.

Gökgöl T, 2012. İsteyerek düşük olgusuna global açıdan bakış: Yasalar ve deneyimler, Türkiye Halk Sağlığı Dergisi;10, Özel Sayı 1: Düşükler 1-9.

Görkey Ş, (2001). Gebeliğin Sonlandırılmasında Karşılaşılan Etik Sorunlar. Reklam Yayım Dağıtım A.Ş., İstanbul, s. 80-109.

Grimes D.A, Benson J, Singh S, Romero M, Ganatra B, Okonofua FE, Shah IH, 2006. Unsafe abortion: the preventable pandemic. Lancet. 2006 Nov 25;368(9550):1908-19. doi: 10.1016/S0140-6736(06)69481-6. PMID: 17126724.

Gücük S, Alkan S, Arıca S, Cansever Z, 2012. Van İli Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Merkezi'ne Başvuran Kadınların Beklenmeyen Gebelikleri ile İlişkili Faktörlerin Değerlendirilmesi. TAF Preventive Medicine Bulletin, 11(1), 29-34.

Haddad LB, Nour NM, 2009. Unsafe abortion: unnecessary maternal mortality. Rev Obstet Gynecol. 2009 Spring;2(2):122-6. PMID: 19609407; PMCID: PMC2709326.

Ikamari L, Izugbara C. and Ochako R, 2013. Prevalance and Determinants of Unintended Pregnancy Among Women in Nairobi, Kenya. Bio Med Central Pregnancy and Childbirth ,13, 69-78.

Kadın ve sağlık politika dokümanı (KSPD). T.C. Başbakanlık Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü, 2008, s. 20-21.

Kane G, B. Galli and P. Skuster, 2013. When Abortion Is a Crime: The Threat to Vulnerable Women in Latin America, Chapel Hill, New York: Ipas

Kızılkaya Beji N, Partovi Meran HE. Kadın Sağlığına Genel Bakış. Kızılkaya Beji N, editör. Hemşirelere ve Ebelere Yönelik Kadın Sağlığı ve Hastalıkları.1. Baskı. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri; 2016. p. 7, 22.

Kitapçıoğlu G, Yanıkkerem E, 2008. Manisa Doğumevinde doğum yapan kadınların doğurganlık öyküleri, aile planlaması davranışı ve doğum sonrası aile planlaması danışmanlığı. Ege Tıp Dergisi. 2008; 47(2): 87–92.

Kol E, 2015. Türkiye'de Sağlık Reformlarının Sağlık Hakkı Açısından Değerlendirilmesi. SGD-Sosyal Güvenlik Dergisi, 5 (1), 135-164.

Koyun A, Taşkın L, Terzioğlu F, 2011. Yaşam Dönemlerine Göre Kadın Sağlığı ve Ruhsal İşlevler: Hemşirelik Yaklaşımlarının Değerlendirilmesi. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry 2011; 3(1):67-99 © 2011, eISSN:1309-0674 pISSN:1309-0658.

Kumbasar A, 2016. Sağlık Politikaları. İstanbul Üniversitesi Açık ve Uzaktan Eğitim Fakültesi, Sağlık yönetimi ön lisans programı.

Kurt E, Tunca Y, 2016. Temel Etik İlkeler Çerçevesinde Gebeliğin Sonlandırılmasındaki Etik İkilemlere Bir Bakış. Med Bull Haseki 2016; 54:57-61.

Kurtuluş K, 2010.Araştırma Yöntemleri. Türkmen Kitabevi, İstanbul.

Lim L.M, Singh K, 2014. Termination of pregnancy and unsafe abortion, Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology, Volume 28, Issue 6, 2014, Pages 859-869, ISSN 1521-6934.

Mason J. K, Call Smith R. A, Laurie G.T, 1999. Law and Medical Ethics. 5th Ed. Butterworths London Edinburgh, Dublin, 1999. .s. 203.

Metin B, 2017. Sağlık Hakkı. Sağlık Akademisyenleri Dergisi, 4 (1), 46-50.

Moore M, Ortiz J, Blades N, Whiteheadd H, Villarreale C, 2021. Women's experiences using drugs to induce abortion acquired in the informal sector in Colombia: qualitative interviews with users in Bogotá and the Coffee Axis. Sexual And Reproductıve Health Matters2021, Vol. 29, No. 1

Moreau C, Bohet A, Le Guen M, Loilier A.R, Bajos N, 2014. Unplanned or Unwanted? A Randomized Study of National Estimates of Pregnancy İntentions. Fertility and Sterility, 102(6), 1663-1670.

O'Neil M. L, Altuntaş D, Keskin, A. Ş, 2020. Yasal Ancak Ulaşılabilir Değil: Türkiye'deki Kamu Hastanelerinde Kürtaj Hizmetleri-2020.

O'Neil M. L, K. Ç. A, Kılınç, F. R, Quirant Quiles R. M, Aldanmaz B, 2016. Yasal Ancak Ulaşılabilir Değil: Türkiye'deki Devlet Hastanelerinde Kürtaj Hizmetleri. Cinsiyet, K. H. Ü. T., Merkezi.

Onwuegbuzie, A. J, Leech, N.L, 2007. A Call for qualitative power analyses. Quality & Quantity, 41, 105-121.

Özbaş S, Özkan S, 2010. Kadın sağlığını geliştirmede medyanın kullanımı ve etkisi. TAF Preventive Medicine Bulletin, 9(5), 541-546.

Öztürk G.Z, Toprak D, Hurşitoğlu M, İpek Y, 2014. Aile Sağlığı Merkezine Gelen Kadın Hastaların Sezaryen ve Kürtaj Hakkındaki Bilgi, Tutum, Davranışları ve Sosyodemografik Özelliklerle İlişkisi. Journal of Clinical Obstetrics&Gynecology, 24(1), 1-8.

Queensland Health. (2015). Guide to health services planning. Version 3, State of Queensland. https://www.health.qld.gov.au/__data/assets/pdf_file/0020/440327/doh-annual-report.pdf.

Rasch V, 2011. Unsafe abortion and postabortion care – an overview cta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica 2011 Nordic Federation of Societies of Obstetrics and Gynecology, 90(7),692–700.

Resmi Gazete, Tarih:05.01.1961, 10705 sayılı ''Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun''. Erişim:12.01.1961.

Resmi Gazete, Tarih:10.04.1965, 11976.331 sayılı ''Nüfus Planlaması Hakkında Kanun''. Erişim:15.10.2016.

Resmi Gazete, Tarih:18.12.1983, 18255 sayılı ''Rahim Tahliyesi ve Sterilizasyon Hizmetlerinin Yürütülmesi ve Denetlenmesine İlişkin Tüzük''. Resmi Erişim:15.10.2016.

Sağlık Bakanlığı Sağlık Çalışanlarına Yönelik Düşük Yönetimi Rehberi, Kadın ve Üreme Sağlığı Daire Başkanlığı Ankara, 2015 Sistem Ofset Bas. Yay. San. ve Tic. Ltd. Şti.

Sağlık Bakanlığı, 2009. Üreme Sağlığına Giriş. Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü Ankara. https://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/a%C3%A7sap40.pdf.

Savaş N, İnandı T, Arslan E, Peker E, Durmaz E, Erdem M. ve ark., 2014. Hatay'da Hastanelere Doğum ya da Düşük Nedeniyle Başvuran Kadınlarda İstenmeyen Gebelikler. 17. Ulusal Halk Sağlığı Kongre Kitabı, Edirne, ss.1095-96.

Say L, 2012. Güvenli Düşük: Sağlık Sistemleri İçin Uygulama Rehberi. Türkiye Halk Sağlığı Dergisi 2012;10, Özel Sayı 1: Düşükler.

Sert G, (2013). Üreme Haklarının Yasal Temelleri ve Etik Değerlendirme, 1. Basım Kasım 2013 İnsan Kaynağını Geliştirme Vakfı.

Sert G, 2008.Tıp Etiği ve Mahremiyet. Kitap / Araştırma Kitabı, Babil Yayınevi. İstanbul.

Sert G, 2013. Üreme Haklarının Yasal Temelleri ve Etik Değerlendirme. http://www.ikgv.org/pdf/ Ureme_Haklarinin_Yasal_Temelleri_ve_Etik_Degerlendirme.pdf.

Sert G. 2012. Vakalarla Türkiye'de Üreme Hakları. http://www.ikgv.org/pdf/ Vakakarla_Turkiyede_ Ureme_Hallari.pdf.

Sevencan F, 2017. Üreme Sağlığında Ulusal Politikalar. 19. Ulusal Halk Sağlığı Kongre Kitabı, Antalya, ss.50-53.

Shah I H, Ahman E, PhD, MA, 2013. Unsafe Abortion: The Global Public Health Challenge.

Şencan İ, Engin-Üstün, Sanisoğlu S, Özcan A, Karaahmetoğlu S, Keskin HL, Uygur D, Kabasakal A, Esen M, Keskinkiliç B, 2016. Jinekoloji - Obstetrik ve Neonatoloji Tıp Dergisi; Volum:13, Sayı:2, Sayfa: 45 - 47

Şenoğlu A, Çoban A, Karaçam Z, 2019. İstenmeyen Gebelikler ve İsteyerek Yapılan Düşüklerin Değerlendirilmesi. Arşiv Kaynak Tarama Dergisi, 28 (4), 300-305. DOI: 10.17827/aktd.474072.

Şimşek H, 2011. Toplumsal Cinsiyet Eşitsizliğinin Kadın Üreme Sağlığına Etkisi: Türkiye Örneği. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 25(2), 119- 126.

Temiz Ö, 2014. Türkte Bir Temel Hak Olarak Sağlık Hakkı. Ankara Üniversitesi SBF Dergisi, Cilt 69, Sayı 01, 165 – 188.

Temürlenk S, 2019. Edirne Merkez ilçede yaşayan 15-49 yaş kadınların üreme sağlığı durumu. Edirne, Yüksek Lisans Tezi Trakya Üniversitesi.

Tezcan S, Akadlı Ergöçmen B, 2012. Türkiye'de Değişen Nüfus ve Sağlık Politikaları. Türkiye Halk Sağlığı Dergisi Vol:10 Özel Sayı No:1

The Global Competitiveness Report, 2018. https://www.weforum.org/reports/the-global-competitveness- report-2018.

Toplumsal Cinsiyet ve Kadın Çalışmaları Araştırma Merkezi, 2020. Türkiye'de Toplumsal Cinsiyet ve Kadın Algısı Araştırması. (https://gender.khas.edu.tr/tr/turkiyede-toplumsal-cinsiyet-ve-kadin-algisi-arastirmasi.

Tözün M, Sözmen M, 2014. Halk Sağlığı Bakışı ile Sağlık Okuryazarlığı. Smyrna Tıp Dergisi.

Türkiye İstatistik Kurumu, 2020. https://data.tuik.gov.tr/.

Türkiye İstatistik Kurumu, 2018. https://data.tuik.gov.tr/.

Türkiye'de Kadın Sağlığı Politikaları Forumları, 2014. Sağlık Hakkı İnsan Hakkıdır Projesi.

Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA),2018 Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. http://www.openaccess.hacettepe.edu.tr:8080/xmlui/handle/11655/23356.

Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA),2013 Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. http://www.sck.gov.tr/wp-content/uploads/2020/02/Turkiye-Nufus-ve-Sa%C4%9Flik-Arastirmasi-2013.pdf.

Ulusal Aile Planlaması Hizmet Rehberi, Cilt I: Aile planlaması ve üreme sağlığı. TC Sağlık Bakanlığı, Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Ankara, 1994.

Wokoma T.T, Jampala M, Bexhell H, Guthrie K.A. and Lindow S.W, 2015. Reasons Provided for Requesting a Termination of Pregnancy in the UK. Journal of Family Planning Reproductive Health Care 41, 186-192.

World Health Organization (WHO), 2012. Sexual and reproductive health. http://www.who.int/ reproductivehea lth/publications/clinical/en/index.ht ml.

World Health Organization (WHO), 2016. Maternal Mortality. Erişim Tarihi: 29.12.2018. http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/en/.

World Health Organization (WHO), 2018b. Family planning/Contraception, Key Facts, Update: 8 February 2018. Erişim:18.06.18: http://www.who.int/newsroom/fact-sheets/detail/family-planning-cont.

World Health Organization (WHO), 2019. Preventing unsafe abortion. https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/abortion

Yıkılkan H, Dilbaz B, 2012. Kestel Aile Planlaması polikliniğine yasal tahliye istemiyle başvuran hastaların değerlendirilmesi Smyrna Tıp Dergisi.

Yıldırım A, Şimşek H, 2008. Sosyal Bilimlerde Nitel Araştırma Yöntemleri (6. Baskı). Ankara: Seçkin Yayıncılık.

Yıldırım A, Şimşek H, 2016. Sosyal Bilimlerde Nitel Araştırma Yöntemleri (10. Baskı). Ankara: Seçkin Yayıncılık.

Yıldız H, Kömürcü N, Bilgin Z, Çakır C, 2016. The opinion of the university students on their reproductivity and sexual rights. UHD J 2016;6: 89-107.

Yurdakul M, Ardıç Çobaner A, 2015. Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Hizmetlerinde Sağlık Eğitimi, İletişim ve Danışmanlık. Turkiye Klinikleri J Obstet Womens Health Dis Nurs-Special Topics 2015;1(2).

Zengin N, 2010. Sağlık Hakkı" Ve Sağlık Hizmetlerin Sunumu. Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi, 1 (1), 44-5.

7. EKLER

EK-A: Görüşme Soruları

Konu/Temel Soru	**İlave Sorular**
1. Demografik ve Obstetrik Bilgiler	
Bana kendinizden bahseder misiniz?	Yaşı, öğrenim durumu, ekonomik durum, medeni durum, resmi nikah varlığı, sosyal güvence, meslek, çalışma durumu, yaşamının çoğunu geçirdiği yer, evde yaşayan kişi sayısı
Gebeliğinizden/gebeliklerinizden bahseder misiniz?	İlk gebelik yaşınız, son gebelik yaşınız, kaç gebeliğiniz oldu, kaç doğum yaptınız, yaşayan çocuk sayısı
2. Aile Planlaması	
Gebelikten korunmak için aile planlaması yöntemi kullanıyor musunuz?	İstenmeyen gebelik öncesi hangi yöntemi kullanıyordunuz? İstenmeyen gebelik sonrası hangi yöntemi kullanıyorsunuz? Bu konuda danışmanlık aldınız mı? İstenmeyen gebeliğiniz nasıl sonlandı?
3. Düşük/Kürtaj Konusunda Bilgi	
-Ülkemizde hangi haftaya kadar ve hangi koşullarda düşük/kürtaj yapılmaktadır? -Gebeliğinizin sonlandırılması konusunda sağlık hizmetine erişim süreci nasıldır?	
4. Düşük/Kürtaja Karar Verme Süreci	
Düşükle sonlandırılan gebeliğinizden bahseder misiniz?	Yaşadığınız hangi koşullar sizi gebeliği sonlandırma kararını vermeye zorladı? İstenmeyen gebeliğin isteyerek sonlandırılması için kararınızı etkileyen faktörler nelerdir? Gebeliğinizi öğrendiğinizde gebeliğinizi sonlandırmakla ilgili biriyle konuştunuz mu? Bu kararı kiminle aldınız?
5. Sağlık Arama Davranışı	
Gebeliğinizi sonlandırmak için geçirdiğiniz süreci anlatır mısınız?	Gebeliğinizi sonlandırmak için nasıl bir yol izlediniz? Gebeliğin sonlandırılmasının başkası tarafından yapılmasına karar verdiyseniz, kimsenin adını vermeden işlemin gerçekleştiği yer hakkında bilgi verebilir misiniz? Gebeliği kendiniz sonlandırmaya çalıştıysanız kullanacağınız yönteme nasıl karar verdiniz? İlaçla gebeliği sonlandırdıysanız isim vermeden, ilacı nasıl temin ettiğinizden ve ilacın kullanımı ile ilgili bilgileri nereden aldığınızdan bahseder misiniz? Gebelik sorunsuz bir şekilde sonlandırıldı mı? İstenmeyen gebeliğin sonlandırılmasından sonra sorununuz oldu mu? Gebeliğin isteyerek sonlandırılmasından sonra herhangi tıbbi veya başka bir yardım aldınız mı?

5. Düşük/Kürtaj Sonrası Düşünceler
-Gebeliğin sonlandırılması ve yaşadıklarınız hakkında ne hissettiniz? -İstenmeyen gebelik yaşayan birisi sizden yardım/ bilgi istese ve ne yapması gerektiğini sorsa, ona ne söylemek isterdiniz?

EK-B: Aydınlatılmış Onam Formu

Araştırmacının Açıklaması:

Değerli Katılımcı,

Katıldığınız bu çalışma Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı'nda Yüksek Lisans Tezi olarak yapılacak bilimsel bir araştırma olup, **"Doğurganlık Çağındaki Kadınların İstenmeyen Gebelik Karşısındaki Durum ve Tutumları"** başlıklı araştırmaya katılımınızı bekliyorum. Kadın ve çocuk sağlığının belirleyicilerinden olan isteyerek düşüklerin sağlık hizmetlerindeki yerini bilmek önemlidir. Bu çalışmanın amacı, kadınların istenmeyen gebelik ve isteyerek düşük deneyimlerini ve bu süreci oluşturan koşulları betimlemektir. Gebeliğin istenme durumuna göre gebelik psikolojisi, gebelik istenmeyen gebelik olduğunda nasıl gelişeceğinin ve anne ile bebeğini nasıl bir sürece götürebileceğinin anlaşılması kadın sağlığında alınması gereken önlemler için katkı sağlayacaktır.

Araştırmada size görüşme formunda yer alan sorular sorulacaktır. Formda sosyo-demografik özellikler, obstetrik özellikler, aile planlaması ve yöntem kullanımı ile ilgili özellikler, istenmeyen gebelik deneyiminin yer aldığı sorular bulunmaktadır. Bu araştırmada yer almak tamamen sizin isteğinize bağlı olup, katılımcıların araştırmaya katılmayı reddetme ya da herhangi bir aşamada araştırmadan ayrılma hakkı bulunmaktadır. Araştırma sonucunda elde edilecek olan veriler sadece bilimsel amaçla kullanılacak olup, kimlik bilgileriniz gizli tutulacak ve başkalarına verilmeyecektir.

Katılımınız için teşekkür ederim.

…../…../2021

Araştırmacı:

Ayşegül PARLAKYILDIZ BİLECEN

Katılımcının Beyanı:

Bu araştırmaya katılmak konusunda zorlayıcı bir davranış ile karşılaşmış değilim. Bana yapılmış tüm açıklamaları anlamış bulunmaktayım. Onam formunu okudum, çalışmanın amacını ve haklarımı biliyorum. Bu araştırmada katılımcı olarak yer alma kararını aldım. Çalışmaya kendi rızamla katılmayı kabul ediyorum.

…../…../2021

Katılımcı:

Adı soyadı:

İmza

8.TURNİTİN RAPORU

Doğurganlık Çağındaki Kadınların İstenmeyen Gebelik Karşısındaki Durum ve Tutumları

Yazar Ayşegül Parlakyildiz Bi□lecen

Gönderim Tarihi: 23-Ara-2021 11:05AM (UTC+0300)
Gönderim Numarası: 1735229027
Dosya adı: nlar_n_l_stenmeyen_Gebelik_Kars_s_ndaki_Durum_ve_Tutumlar.docx (1.29M)
Kelime sayısı: 18593
Karakter sayısı: 131345

Doğurganlık Çağındaki Kadınların İstenmeyen Gebelik Karşısındaki Durum ve Tutumları

ORİJİNALLİK RAPORU

%15	%14	%5	%5
BENZERLİK ENDEKSİ	İNTERNET KAYNAKLARI	YAYINLAR	ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ

BİRİNCİL KAYNAKLAR

1	halksagligiokulu.org İnternet Kaynağı	%1
2	dspace.ceid.org.tr İnternet Kaynağı	%1
3	Submitted to Istanbul Aydin University Öğrenci Ödevi	%1
4	www.ceidizleme.org İnternet Kaynağı	%1
5	saynoabortionban.com İnternet Kaynağı	%1
6	www.jceionline.org İnternet Kaynağı	%1
7	docplayer.biz.tr İnternet Kaynağı	%1
8	gender.khas.edu.tr İnternet Kaynağı	<%1